

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

¡SÍ!

Paris, Ricardo, Rymond and Johnson
College of the Canyons



LibreTexts™

College of the Canyons
Child Growth and Development

Paris, Ricardo, Rymond and Johnson

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (<https://LibreTexts.org>) and like the hundreds of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing and "consuming." Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects.

Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.



The LibreTexts mission is to unite students, faculty and scholars in a cooperative effort to develop an easy-to-use online platform for the construction, customization, and dissemination of OER content to reduce the burdens of unreasonable textbook costs to our students and society. The LibreTexts project is a multi-institutional collaborative venture to develop the next generation of open-access texts to improve postsecondary education at all levels of higher learning by developing an Open Access Resource environment. The project currently consists of 14 independently operating and interconnected libraries that are constantly being optimized by students, faculty, and outside experts to supplant conventional paper-based books. These free textbook alternatives are organized within a central environment that is both vertically (from advance to basic level) and horizontally (across different fields) integrated.

The LibreTexts libraries are Powered by [NICE CXOne](#) and are supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptations contact info@LibreTexts.org. More information on our activities can be found via Facebook (<https://facebook.com/Libretexts>), Twitter (<https://twitter.com/libretexts>), or our blog (<http://Blog.Libretexts.org>).

This text was compiled on 04/11/2025

TABLE OF CONTENTS

Materia Frontal

- Pagina del Título
- Página de Información
- Table of Contents
- Licencia
- Agradecimientos
- Agradecimientos adicionales

1: Introducción al Desarrollo Infantil

- 1.1: Principios de Desarrollo
- 1.2: Periodos de Desarrollo
- 1.3: Temas en el Desarrollo
- 1.4: Métodos de investigación
- 1.5: Teorías del desarrollo
- 1.S: Resumen

2: Concepción, Herencia y Desarrollo Prenatal

- 2.1: Herencia
- 2.2: Desarrollo Prenatal
- 2.S: Resumen

3: El nacimiento y el recién nacido

- 3.1: Preparación para el Parto
- 3.2: Parto
- 3.3: El recién nacido
- 3.S: Resumen

4: Desarrollo físico en la infancia y la infancia

- 4.1: Cambios físicos rápidos
- 4.2: Proporciones del Cuerpo
- 4.3: Reflejos
- 4.4: Habilidades motoras gruesas
- 4.5: Habilidades motoras finas
- 4.6: Capacidades sensoriales
- 4.7: Nutrición
- 4.8: Salud
- 4.9: Dormir
- 4.S: Resumen

5: Desarrollo cognitivo en la infancia y la infancia

- 5.1: Piaget
- 5.2: Vygotski
- 5.3: Hitos cognitivos
- 5.4: Desarrollo del lenguaje
- 5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

- 5.6: Memoria y Atención
- 5.S: Resumen

6: Desarrollo Social y Emocional en la Infancia y la Infancia

- 6.1: Temperamento
- 6.2: Personalidad
- 6.3: Emociones infantiles
- 6.4: Hitos sociales y emocionales
- 6.5: Formar accesorios
- 6.6: Cuidado de niños
- 6.S: Resumen

7: Desarrollo físico en la primera infancia

- 7.1: Crecimiento en la primera infancia
- 7.2: Preocupaciones nutricionales
- 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables
- 7.4: Maduración cerebral
- 7.5: Desarrollo de habilidades motoras
- 7.6: El sueño y la primera infancia
- 7.7: Entrenamiento de Inodoro
- 7.8: Desarrollo Sexual en la Primera Infancia
- 7.9: La salud en la primera infancia
- 7.10: Seguridad
- 7.S: Resumen

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

- 8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget
- 8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky
- 8.3: Procesamiento de la información
- 8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños
- 8.5: Hitos del Desarrollo Cognitivo
- 8.6: Desarrollo del Lenguaje
- 8.7: Educación en la primera infancia
- 8.8: Aplicaciones a la educación temprana
- 8.9: Diferencias cognitivas
- 8.S: Resumen

9: Desarrollo Social Emocional en la Primera Infancia

- 9.1: Hitos sociales y emocionales
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista del yo
- 9.3: Erikson- Iniciativa vs Culpa
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y roles de género
- 9.5: Vida Familiar
- 9.6: Peers
- 9.7: Jugar
- 9.8: Comprensión social
- 9.9: Personalidad
- 9.10: Competencia Social y Emocional
- 9.11: Estrés y Desarrollo Infantil
- 9.S: Resumen

10: Infancia Media - Desarrollo Físico

- 10.1: Desarrollo cerebral
- 10.2: Crecimiento Físico
- 10.3: Necesidades Nutricionales
- 10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes
- 10.5: Salud Física
- 10.6: Salud Mental Infantil
- 10.7: Manejo de los síntomas- Mantenerse Saludable
- 10.S: Resumen

11: Infancia Media - Desarrollo Cognitivo

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia
- 11.2: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget
- 11.3: La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner
- 11.4: Procesamiento de información- aprendizaje, memoria y resolución de problemas
- 11.5: Procesos cognitivos
- 11.6: Pruebas de inteligencia - El qué, el por qué y el quién
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar
- 11.8: Introducción a la Lingüística
- 11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
- 11.11: Aprender a leer
- 11.12: Dificultades de aprendizaje
- 11.S: Resumen

12: Infancia Media - Desarrollo Social Emocional

- 12.1: Teorías Sociales Emocionales del Desarrollo
- 12.2: Autocomprensión
- 12.3: La motivación como autoeficacia
- 12.4: Identidad de Género
- 12.5: El niño y la familia
- 12.6: Amistades, compañeros y grupos de pares
- 12.7: Relaciones entre pares
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, matones y víctimas
- 12.S: Resumen

13: Adolescencia - Desarrollo Físico

- 13.1: Crecimiento Físico
- 13.2: Crecimiento cerebral
- 13.3: Cambios físicos en la adolescencia
- 13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio
- 13.5: Mantener la salud emocional
- 13.6: Trastornos y Síndromes
- 13.S: Resumen

14: Adolescencia - Desarrollo Cognitivo

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
- 14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan
- 14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

- 14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)
- 14.6: Sabiduría y asunción de riesgos
- 14.S: Resumen

15: Adolescencia - Desarrollo Social Emocional

- 15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial
- 15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad
- 15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?
- 15.4: Desarrollo de la Identidad de Género
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura
- 15.7: Medios- Influencias en los adolescentes
- 15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil
- 15.11: Violencia y abuso
- 15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta
- 15.S: Resumen

16: Materiales auxiliares

- 16.1: Presentaciones Powerpoint
- 16.2: Videos

18: Volver Materia

- 17.1: Índice
- 17.2: Glosario
- 17.3: Licencia Detallada

Licencia

A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in [Back Matter/Detailed Licensing](#).

Agradecimientos

Colegio de los Cañones desea extender el reconocimiento a las siguientes personas y organizaciones por permitir la creación de este libro de texto:

- [Oficina del Canciller de Colegios Comunitarios de California](#)
- Canciller Dianne van Hook
- [Distrito de colegios comunitarios de Santa Clarita](#)
- [Colegio de los Cañones Oficina de Aprendizaje a Distancia](#)

¿Tiene comentarios o recursos para compartir?

¿Atrapar un errata? ¿Quieres sugerir un cambio para mejorar el libro? Por favor envíanos tus comentarios en esta [encuesta](#).

¿Usaste este libro y hiciste cambios? ¿Creaste recursos complementarios (PowerPoints, actividades, bancos de pruebas/quiz, etc.)? Por favor, ponga una licencia creative commons en esos y compártelos con nosotros uniéndose y subiéndolos al [Grupo Google](#). Si tienes problemas, comunícate con Jennifer.Paris@canyons.edu.

¿Buscas recursos? Consulta lo que se ha compilado en el [Grupo Google](#).

Agradecimientos adicionales

Jennifer París

Agradezco a:

Mi departamento, incluidos mis colegas de profesores de tiempo completo, Cindy Stephens y Wendy Ruiz, quienes me apoyaron en la búsqueda de la subvención que financió este libro y creemos en el propósito de nuestro trabajo REA.

James Glapa-Grossklag por arriesgarse a trabajar conmigo para esta beca antes de que realmente me conociera y por todas las oportunidades que me han brindado desde entonces.

Brian Weston por su liderazgo, orientación y solo estar ahí para ayudar a facilitar el increíble proyecto del que forma parte este libro.

Alexa Johnson por su minucioso trabajo en el libro y tomar palabras en las páginas y convertirlas en este hermoso libro.

Chloe McGinley, Joy Shoemate, Trudi Radtke y cualquier otro equipo de REA y educación en línea que me ayudó a mantener mi cordura en este proyecto.

Mis coautores, Antoinette Ricardo y Dawn Rymond, por sus incansables esfuerzos y colaboración.

Los revisores pares, Michelle Hancock, Gina Peterson y Ashlei Snead por ampliar la colaboración y su trabajo para mejorar el libro.

Los alumnos de ECE 101 de la primavera de 2019 en el Colegio de los Cañones por pilotar el libro de texto, capítulo por capítulo con nosotros y brindar retroalimentación y contenido que pueda ser utilizado para crear recursos complementarios.

Mi familia, especialmente mis hijos Ashlynn y Aidan, por ser comprensivos de los compromisos de tiempo y energía que este libro, el proyecto más grande del que forma parte, y mi defensa de REA ha tomado.

Amanda Taintor, mi colega, aliada y co-conspiradora en el esfuerzo por involucrar al campo de la Educación Infantil en los esfuerzos de REA. La comunidad REA más grande que me mantiene pensando y empujando mi comprensión de lo que es abierto, lo que debería ser y qué papel puedo desempeñar en eso.

- Jennifer París

Antonieta Ricardo

Ante todo, me gustaría dar gracias a Dios por bendecirme con un trabajo increíble que me permite enseñar y crecer todos y cada uno de los días. Gracias a College of the Canyons y a todo nuestro equipo REA por hacer realidad esta visión. Un agradecimiento especial a Jennifer Paris que no sólo me ha asesorado y sido una gran amiga, sino que también nos ha guiado en todo este viaje REA. Agradezco trabajar para un departamento tan maravilloso que sienta las bases para un crecimiento positivo en los niños.

Gracias a mis padres y a mi hermano cuyo amor y apoyo me ha llevado a donde estoy hoy. A mi esposo, Andrés, gracias por creer siempre en mí y empujarme a ser lo mejor que puedo ser, te amo.

A mis hijos, Manolo y Paloma; este libro es para ustedes. Todos los días, eres mi inspiración.

Mamita te ama!

- Antonieta Ricardo

Dawn Rymond

Escribir y contribuir a este libro de texto ha sido un trabajo de amor. Mi esperanza es que después de que los alumnos adquieran conocimientos, sigan inspirándose para aprender y sean un papel positivo en la vida de los niños.

Quisiera darle un agradecimiento especial a Colegio de los Cañones, departamento de ECE. He sido muy afortunado de formar parte de este destacado equipo de Recursos Educativos Abiertos (REA), que ha sido una experiencia solidaria y colaborativa. Quiero agradecer a Jennifer Paris, la directora de la facultad por la beca que financió la creación de este y otros libros REA para nuestro departamento.

Estoy continuamente agradecida con mi familia. Gracias, Nick, Jake y Jordan, por su continuo amor y apoyo.

“La educación no es la preparación para la vida; la educación es la vida misma”. -John Dewey

-Dawn Rymond

- [Further Acknowledgements](#) has no license indicated.

CHAPTER OVERVIEW

Materia Frontal

[Pagina del Titulo](#)

[Página de Información](#)

[Table of Contents](#)

[Licencia](#)

[Agradecimientos](#)

[Agradecimientos adicionales](#)

College of the Canyons
Child Growth and Development

Paris, Ricardo, Rymond and Johnson

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (<https://LibreTexts.org>) and like the hundreds of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing and "consuming." Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects.

Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.



The LibreTexts mission is to unite students, faculty and scholars in a cooperative effort to develop an easy-to-use online platform for the construction, customization, and dissemination of OER content to reduce the burdens of unreasonable textbook costs to our students and society. The LibreTexts project is a multi-institutional collaborative venture to develop the next generation of open-access texts to improve postsecondary education at all levels of higher learning by developing an Open Access Resource environment. The project currently consists of 14 independently operating and interconnected libraries that are constantly being optimized by students, faculty, and outside experts to supplant conventional paper-based books. These free textbook alternatives are organized within a central environment that is both vertically (from advance to basic level) and horizontally (across different fields) integrated.

The LibreTexts libraries are Powered by [NICE CXOne](#) and are supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptations contact info@LibreTexts.org. More information on our activities can be found via Facebook (<https://facebook.com/Libretexts>), Twitter (<https://twitter.com/libretexts>), or our blog (<http://Blog.Libretexts.org>).

This text was compiled on 04/11/2025

TABLE OF CONTENTS

Materia Frontal

- Pagina del Título
- Página de Información
- Table of Contents
- Licencia
- Agradecimientos
- Agradecimientos adicionales

1: Introducción al Desarrollo Infantil

- 1.1: Principios de Desarrollo
- 1.2: Periodos de Desarrollo
- 1.3: Temas en el Desarrollo
- 1.4: Métodos de investigación
- 1.5: Teorías del desarrollo
- 1.S: Resumen

2: Concepción, Herencia y Desarrollo Prenatal

- 2.1: Herencia
- 2.2: Desarrollo Prenatal
- 2.S: Resumen

3: El nacimiento y el recién nacido

- 3.1: Preparación para el Parto
- 3.2: Parto
- 3.3: El recién nacido
- 3.S: Resumen

4: Desarrollo físico en la infancia y la infancia

- 4.1: Cambios físicos rápidos
- 4.2: Proporciones del Cuerpo
- 4.3: Reflejos
- 4.4: Habilidades motoras gruesas
- 4.5: Habilidades motoras finas
- 4.6: Capacidades sensoriales
- 4.7: Nutrición
- 4.8: Salud
- 4.9: Dormir
- 4.S: Resumen

5: Desarrollo cognitivo en la infancia y la infancia

- 5.1: Piaget
- 5.2: Vygotski
- 5.3: Hitos cognitivos
- 5.4: Desarrollo del lenguaje
- 5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

- 5.6: Memoria y Atención
- 5.S: Resumen

6: Desarrollo Social y Emocional en la Infancia y la Infancia

- 6.1: Temperamento
- 6.2: Personalidad
- 6.3: Emociones infantiles
- 6.4: Hitos sociales y emocionales
- 6.5: Formar accesorios
- 6.6: Cuidado de niños
- 6.S: Resumen

7: Desarrollo físico en la primera infancia

- 7.1: Crecimiento en la primera infancia
- 7.2: Preocupaciones nutricionales
- 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables
- 7.4: Maduración cerebral
- 7.5: Desarrollo de habilidades motoras
- 7.6: El sueño y la primera infancia
- 7.7: Entrenamiento de Inodoro
- 7.8: Desarrollo Sexual en la Primera Infancia
- 7.9: La salud en la primera infancia
- 7.10: Seguridad
- 7.S: Resumen

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

- 8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget
- 8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky
- 8.3: Procesamiento de la información
- 8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños
- 8.5: Hitos del Desarrollo Cognitivo
- 8.6: Desarrollo del Lenguaje
- 8.7: Educación en la primera infancia
- 8.8: Aplicaciones a la educación temprana
- 8.9: Diferencias cognitivas
- 8.S: Resumen

9: Desarrollo Social Emocional en la Primera Infancia

- 9.1: Hitos sociales y emocionales
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista del yo
- 9.3: Erikson- Iniciativa vs Culpa
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y roles de género
- 9.5: Vida Familiar
- 9.6: Peers
- 9.7: Jugar
- 9.8: Comprensión social
- 9.9: Personalidad
- 9.10: Competencia Social y Emocional
- 9.11: Estrés y Desarrollo Infantil
- 9.S: Resumen

10: Infancia Media - Desarrollo Físico

- 10.1: Desarrollo cerebral
- 10.2: Crecimiento Físico
- 10.3: Necesidades Nutricionales
- 10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes
- 10.5: Salud Física
- 10.6: Salud Mental Infantil
- 10.7: Manejo de los síntomas- Mantenerse Saludable
- 10.S: Resumen

11: Infancia Media - Desarrollo Cognitivo

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia
- 11.2: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget
- 11.3: La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner
- 11.4: Procesamiento de información- aprendizaje, memoria y resolución de problemas
- 11.5: Procesos cognitivos
- 11.6: Pruebas de inteligencia - El qué, el por qué y el quién
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar
- 11.8: Introducción a la Lingüística
- 11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
- 11.11: Aprender a leer
- 11.12: Dificultades de aprendizaje
- 11.S: Resumen

12: Infancia Media - Desarrollo Social Emocional

- 12.1: Teorías Sociales Emocionales del Desarrollo
- 12.2: Autocomprensión
- 12.3: La motivación como autoeficacia
- 12.4: Identidad de Género
- 12.5: El niño y la familia
- 12.6: Amistades, compañeros y grupos de pares
- 12.7: Relaciones entre pares
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, matones y víctimas
- 12.S: Resumen

13: Adolescencia - Desarrollo Físico

- 13.1: Crecimiento Físico
- 13.2: Crecimiento cerebral
- 13.3: Cambios físicos en la adolescencia
- 13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio
- 13.5: Mantener la salud emocional
- 13.6: Trastornos y Síndromes
- 13.S: Resumen

14: Adolescencia - Desarrollo Cognitivo

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
- 14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan
- 14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

- 14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)
- 14.6: Sabiduría y asunción de riesgos
- 14.S: Resumen

15: Adolescencia - Desarrollo Social Emocional

- 15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial
- 15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad
- 15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?
- 15.4: Desarrollo de la Identidad de Género
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura
- 15.7: Medios- Influencias en los adolescentes
- 15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil
- 15.11: Violencia y abuso
- 15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta
- 15.S: Resumen

16: Materiales auxiliares

- 16.1: Presentaciones Powerpoint
- 16.2: Videos

18: Volver Materia

- 17.1: Índice
- 17.2: Glosario
- 17.3: Licencia Detallada

Licencia

A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in [Back Matter/Detailed Licensing](#).

Agradecimientos

Colegio de los Cañones desea extender el reconocimiento a las siguientes personas y organizaciones por permitir la creación de este libro de texto:

- [Oficina del Canciller de Colegios Comunitarios de California](#)
- Canciller Dianne van Hook
- [Distrito de colegios comunitarios de Santa Clarita](#)
- [Colegio de los Cañones Oficina de Aprendizaje a Distancia](#)

¿Tiene comentarios o recursos para compartir?

¿Atrapar un errata? ¿Quieres sugerir un cambio para mejorar el libro? Por favor envíanos tus comentarios en esta [encuesta](#).

¿Usaste este libro y hiciste cambios? ¿Creaste recursos complementarios (PowerPoints, actividades, bancos de pruebas/quiz, etc.)? Por favor, ponga una licencia creative commons en esos y compártelos con nosotros uniéndose y subiéndolos al [Grupo Google](#). Si tienes problemas, comunícate con Jennifer.Paris@canyons.edu.

¿Buscas recursos? Consulta lo que se ha compilado en el [Grupo Google](#).

Agradecimientos adicionales

Jennifer París

Agradezco a:

Mi departamento, incluidos mis colegas de profesores de tiempo completo, Cindy Stephens y Wendy Ruiz, quienes me apoyaron en la búsqueda de la subvención que financió este libro y creemos en el propósito de nuestro trabajo REA.

James Glapa-Grossklag por arriesgarse a trabajar conmigo para esta beca antes de que realmente me conociera y por todas las oportunidades que me han brindado desde entonces.

Brian Weston por su liderazgo, orientación y solo estar ahí para ayudar a facilitar el increíble proyecto del que forma parte este libro.

Alexa Johnson por su minucioso trabajo en el libro y tomar palabras en las páginas y convertirlas en este hermoso libro.

Chloe McGinley, Joy Shoemate, Trudi Radtke y cualquier otro equipo de REA y educación en línea que me ayudó a mantener mi cordura en este proyecto.

Mis coautores, Antoinette Ricardo y Dawn Rymond, por sus incansables esfuerzos y colaboración.

Los revisores pares, Michelle Hancock, Gina Peterson y Ashlei Snead por ampliar la colaboración y su trabajo para mejorar el libro.

Los alumnos de ECE 101 de la primavera de 2019 en el Colegio de los Cañones por pilotar el libro de texto, capítulo por capítulo con nosotros y brindar retroalimentación y contenido que pueda ser utilizado para crear recursos complementarios.

Mi familia, especialmente mis hijos Ashlynn y Aidan, por ser comprensivos de los compromisos de tiempo y energía que este libro, el proyecto más grande del que forma parte, y mi defensa de REA ha tomado.

Amanda Taintor, mi colega, aliada y co-conspiradora en el esfuerzo por involucrar al campo de la Educación Infantil en los esfuerzos de REA. La comunidad REA más grande que me mantiene pensando y empujando mi comprensión de lo que es abierto, lo que debería ser y qué papel puedo desempeñar en eso.

- Jennifer París

Antonieta Ricardo

Ante todo, me gustaría dar gracias a Dios por bendecirme con un trabajo increíble que me permite enseñar y crecer todos y cada uno de los días. Gracias a College of the Canyons y a todo nuestro equipo REA por hacer realidad esta visión. Un agradecimiento especial a Jennifer Paris que no sólo me ha asesorado y sido una gran amiga, sino que también nos ha guiado en todo este viaje REA. Agradezco trabajar para un departamento tan maravilloso que sienta las bases para un crecimiento positivo en los niños.

Gracias a mis padres y a mi hermano cuyo amor y apoyo me ha llevado a donde estoy hoy. A mi esposo, Andrés, gracias por creer siempre en mí y empujarme a ser lo mejor que puedo ser, te amo.

A mis hijos, Manolo y Paloma; este libro es para ustedes. Todos los días, eres mi inspiración.

Mamita te ama!

- Antonieta Ricardo

Dawn Rymond

Escribir y contribuir a este libro de texto ha sido un trabajo de amor. Mi esperanza es que después de que los alumnos adquieran conocimientos, sigan inspirándose para aprender y sean un papel positivo en la vida de los niños.

Quisiera darle un agradecimiento especial a Colegio de los Cañones, departamento de ECE. He sido muy afortunado de formar parte de este destacado equipo de Recursos Educativos Abiertos (REA), que ha sido una experiencia solidaria y colaborativa. Quiero agradecer a Jennifer Paris, la directora de la facultad por la beca que financió la creación de este y otros libros REA para nuestro departamento.

Estoy continuamente agradecida con mi familia. Gracias, Nick, Jake y Jordan, por su continuo amor y apoyo.

“La educación no es la preparación para la vida; la educación es la vida misma”. -John Dewey

-Dawn Rymond

- [Further Acknowledgements](#) has no license indicated.

CHAPTER OVERVIEW

1: Introducción al Desarrollo Infantil

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Describir los principios que subyacen al desarrollo.
- Diferenciar periodos de desarrollo humano.
- Evaluar temas en desarrollo.
- Distinguir los diferentes métodos de investigación.
- Explique qué es una teoría.
- Comparar y contrastar diferentes teorías del desarrollo infantil.

Bienvenido a Crecimiento y Desarrollo Infantil. Este texto es una presentación de cómo y por qué los niños crecen, se desarrollan y aprenden. Vamos a ver cómo cambiamos físicamente a lo largo del tiempo desde la concepción hasta la adolescencia. Examinamos el cambio cognitivo, o cómo cambia nuestra capacidad de pensar y recordar a lo largo de los primeros 20 años más o menos de la vida. Y veremos cómo nuestras emociones, estado psicológico y relaciones sociales cambian a lo largo de la infancia y la adolescencia.¹

[1.1: Principios de Desarrollo](#)

[1.2: Periodos de Desarrollo](#)

[1.3: Temas en el Desarrollo](#)

[1.4: Métodos de investigación](#)

[1.5: Teorías del desarrollo](#)

[1.S: Resumen](#)

This page titled [1: Introducción al Desarrollo Infantil](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

1.1: Principios de Desarrollo

Hay varios principios subyacentes del desarrollo a tener en cuenta:

- El desarrollo es de por vida y el cambio es evidente a lo largo de la vida (aunque este texto termina con la adolescencia). Y las experiencias tempranas afectan el desarrollo posterior.
- El desarrollo es multidireccional. Mostramos ganancias en algunas áreas de desarrollo mientras que mostramos pérdidas en otras áreas.
- El desarrollo es multidimensional. Cambiamos a través de tres dominios generales/dimensiones: físico, cognitivo y social y emocional.
 - El dominio físico incluye cambios en altura y peso, cambios en las habilidades motoras gruesas y finas, capacidades sensoriales, sistema nervioso, así como la propensión a enfermedades y enfermedades.
 - El dominio cognitivo abarca los cambios en inteligencia, sabiduría, percepción, resolución de problemas, memoria y lenguaje.
 - El dominio social y emocional (también conocido como psicosocial) se centra en los cambios en la emoción, la autopercepción y las relaciones interpersonales con familias, compañeros y amigos.

Los tres dominios se influyen entre sí. También es importante señalar que un cambio en un dominio puede provocar cambios en cascada y provocar cambios en los otros dominios.

- El desarrollo se caracteriza por la plasticidad, que es nuestra capacidad de cambio y que muchas de nuestras características son maleables. *Las experiencias tempranas son importantes, pero los niños son notablemente resilientes (capaces de superar la adversidad).*
- El desarrollo es multicontextual.² Estamos influenciados tanto por la naturaleza (genética) como por la crianza (el medio ambiente) -cuándo y dónde vivimos y nuestras acciones, creencias y valores son una respuesta a las circunstancias que nos rodean. La clave aquí es entender que los comportamientos, las motivaciones, las emociones y las elecciones son parte de un panorama más grande.³

Ahora veamos un marco para examinar el desarrollo.

Colaboradores y Atribuciones

2. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Jennifer Paris)
3. [Introducción a la Vida útil, Crecimiento y Desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [1.1: Principios de Desarrollo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

1.2: Periodos de Desarrollo

Piensa en qué periodos de desarrollo crees que abordaría un curso de Desarrollo Infantil. ¿Cuántas etapas hay en tu lista? Quizás tengas tres: infancia, infancia y adolescentes. Los desarrollistas (los que estudian el desarrollo) rompen esta parte de la vida en estas cinco etapas de la siguiente manera:

- Desarrollo Prenatal (concepción a través del nacimiento)
- Infancia y Niñez (desde el nacimiento hasta los dos años)
- Primera Infancia (3 a 5 años)
- Infancia Media (6 a 11 años)
- Adolescencia (12 años hasta la edad adulta)

Esta lista refleja aspectos únicos de las diversas etapas de la infancia y adolescencia que se explorarán en este libro. Entonces, si bien tanto un niño de 8 meses como un niño de 8 años son considerados niños, tienen habilidades motoras, relaciones sociales y habilidades cognitivas muy diferentes. Sus necesidades nutricionales son diferentes y sus preocupaciones psicológicas primarias también son distintivas.

Desarrollo Prenatal

La concepción ocurre y comienza el desarrollo. Todas las estructuras principales del cuerpo se están formando y la salud de la madre es de primordial preocupación. Comprender la nutrición, los teratógenos (o factores ambientales que pueden conducir a defectos congénitos) y el trabajo de parto y el parto son preocupaciones principales.



Figura1.2.1: Un pequeño embrión que representa cierto desarrollo de brazos y piernas, así como rasgos faciales que comienzan a mostrarse. (La imagen de cáustica lunar está licenciada bajo CC BY 2.0)

Infancia y Niñez

Los dos años de vida son de crecimiento y cambio dramáticos. Un recién nacido, con un agudo sentido del oído pero muy pobre visión, se transforma en un niño que camina y habla en un período de tiempo relativamente corto. Los cuidadores también se transforman de alguien que maneja los horarios de alimentación y sueño a un guía e inspector de seguridad en constante movimiento para un niño móvil y enérgico.



Figura1.2.2: Un recién nacido enfundado. (Imagen de Han Myo Htwe en Unsplash)

Primera Infancia

La primera infancia también se conoce como los años preescolares y consiste en los años que siguen a la infancia y preceden a la escolaridad formal. De tres a cinco años, el niño está ocupado aprendiendo el idioma, está adquiriendo un sentido de sí mismo y una mayor independencia, y comienza a aprender el funcionamiento del mundo físico. Este conocimiento no llega rápidamente, sin embargo, y los preescolares pueden tener inicialmente concepciones interesantes de tamaño, tiempo, espacio y distancia como temer que puedan bajar por el desagüe si se sientan al frente de la bañera o demostrando cuánto tiempo tomará algo sosteniendo sus

dos índices dedos a varios centímetros de distancia. La feroz determinación de un niño pequeño de hacer algo puede dar paso al sentimiento de culpa de un niño de cuatro años por la acción que trae la desaprobación de los demás.



Figura1.2.3: Dos niños pequeños jugando en el Jardín Botánico de Singapur (Imagen de [Alaric Sim](#) en [Unsplash](#))

Infancia Media

Las edades de seis a once años comprenden la infancia media y gran parte de lo que experimentan los niños a esta edad está relacionado con su participación en los primeros grados de la escuela. Ahora el mundo se convierte en uno de aprender y probar nuevas habilidades académicas y evaluar las habilidades y logros de uno haciendo comparaciones entre uno mismo y los demás. Las escuelas comparan a los estudiantes y hacen públicas estas comparaciones a través de deportes de equipo, resultados de exámenes y otras formas de reconocimiento. Las tasas de crecimiento se ralentizan y los niños son capaces de perfeccionar sus habilidades motoras en este momento de la vida. Y los niños comienzan a aprender sobre las relaciones sociales más allá de la familia a través de la interacción con amigos y compañeros de estudios.



Figura1.2.4: Dos niños corriendo por la calle en Carenage, Trinidad y Tobago (Imagen de [Wayne Lee-Sing](#) en [Unsplash](#))

Adolescencia

La adolescencia es un período de cambio físico dramático marcado por un crecimiento físico general y maduración sexual, conocido como pubertad. También es una época de cambio cognitivo ya que el adolescente comienza a pensar en nuevas posibilidades y a considerar conceptos abstractos como el amor, el miedo y la libertad. Irónicamente, los adolescentes tienen un sentido de invencibilidad que los pone en mayor riesgo de morir por accidentes o contraer infecciones de transmisión sexual que pueden tener consecuencias para toda la vida.⁸



Figura1.2.5: Dos adolescentes sonrientes. (Imagen de [Matheus Ferrero](#) en [Unsplash](#))

Hay algunos aspectos del desarrollo que se han debatido acaloradamente. Vamos a explorar estos.

Colaboradores y Atribuciones

8. [Periodos de Desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [1.2: Periodos de Desarrollo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

1.3: Temas en el Desarrollo

Naturaleza y crianza

¿Por qué las personas son como son? ¿Son características como la estatura, el peso, la personalidad, el ser diabético, etc. el resultado de factores hereditarios o ambientales, o ambos? Durante décadas, los estudiosos han continuado el debate “naturaleza/nutrir”. Para cualquier característica en particular, los del lado de la Naturaleza argumentarían que la herencia juega el papel más importante para lograr esa característica. Aquellos del lado de Nurture argumentarían que el entorno de uno es lo más significativo para dar forma a la forma en que somos. Este debate continúa en todos los aspectos del desarrollo humano, y la mayoría de los estudiosos coinciden en que existe una interacción constante entre las dos fuerzas. Es difícil aislar la raíz de cualquier comportamiento único como resultado únicamente de la naturaleza o la crianza.

Continuidad versus discontinuidad

¿Se caracteriza mejor el desarrollo humano como un proceso lento y gradual, o es mejor visto como uno de los cambios más abruptos? La respuesta a esa pregunta a menudo depende de qué teórico del desarrollo preguntes y qué tema se está estudiando. Las teorías de Freud, Erikson, Piaget y Kohlberg se llaman teorías escénicas. Las teorías escénicas o el desarrollo discontinuo asumen que el cambio de desarrollo a menudo ocurre en distintas etapas que son cualitativamente diferentes entre sí, y en una secuencia establecida, universal. En cada etapa de desarrollo, niños y adultos tienen diferentes cualidades y características. Así, los teóricos de la etapa asumen que el desarrollo es más discontinuo. Otros, como los conductistas, Vygotsky y teóricos del procesamiento de la información, asumen que el desarrollo es un proceso más lento y gradual conocido como desarrollo continuo. Por ejemplo, verían al adulto como no poseedor de nuevas habilidades, sino habilidades más avanzadas que ya estaban presentes de alguna forma en el niño. El desarrollo cerebral y las experiencias ambientales contribuyen a la adquisición de habilidades más desarrolladas.

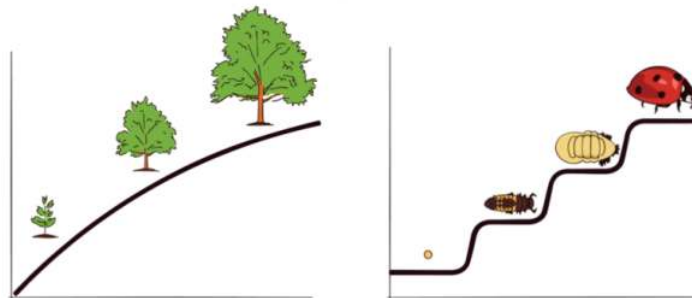


Figura1.3.1: La gráfica de la izquierda muestra tres etapas en el crecimiento continuo de un árbol. La gráfica de la derecha muestra cuatro etapas distintas de desarrollo en el ciclo de vida de una mariquita. (La imagen de NOBA está licenciada bajo CC BY-NC-SA 4.0)

Activo versus Pasivo

¿Cuánto juega un papel en su propio camino de desarrollo? ¿Estás en el capricho de tu herencia genética o del entorno que te rodea? Algunos teóricos ven a los humanos como jugando un papel mucho más activo en su propio desarrollo. Piaget, por ejemplo, creía que los niños exploran activamente su mundo y construyen nuevas formas de pensar para explicar las cosas que experimentan. En contraste, muchos conductistas ven a los humanos como más pasivos en el proceso de desarrollo¹¹.

¿Cómo sabemos tanto sobre cómo crecemos, desarrollamos y aprendemos? Veamos cómo se recogen esos datos a través de la investigación

Colaboradores y Atribuciones

11. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

This page titled [1.3: Temas en el Desarrollo](#) is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

1.4: Métodos de investigación

Una parte importante del aprendizaje de cualquier ciencia es tener un conocimiento básico de las técnicas utilizadas en la recolección de información. El sello distintivo de la investigación científica es el de seguir un conjunto de procedimientos diseñados para mantener vivo el cuestionamiento o el escepticismo mientras se describe, explica o prueba cualquier fenómeno. Algunas personas dudan en confiar en académicos o investigadores porque siempre parecen cambiar su historia. Eso, sin embargo, es exactamente de lo que se trata la ciencia; implica renovar continuamente nuestra comprensión de los temas en cuestión y una investigación continua de cómo y por qué ocurren los eventos. La ciencia es un vehículo para emprender un viaje interminable. En el área del desarrollo, hemos visto cambios en las recomendaciones para la nutrición, en las explicaciones de los estados psicológicos a medida que las personas envejecen, y en el asesoramiento parental. Entonces piensa en aprender sobre el desarrollo humano como un esfuerzo de por vida.

Tómate un momento para anotar dos cosas que sabes sobre la infancia. Ahora, ¿cómo lo sabes? Lo más probable es que conozcas estas cosas a partir de tu propia historia (realidad experiencial) o en base a lo que otros te han dicho o ideas culturales (realidad de acuerdo) (Secombe y Warner, 2004). Hay varios problemas con la indagación personal. Lea en voz alta la siguiente frase:

París en la primavera

¿Estás seguro de que eso es lo que decía? Léelo de nuevo:

París en la primavera

Si lo lees de manera diferente la segunda vez (agregando el segundo “el”) acabas de experimentar uno de los problemas con la indagación personal; es decir, la tendencia a ver lo que creemos. Nuestras suposiciones muy a menudo guían nuestras percepciones, en consecuencia, cuando creemos en algo, tendemos a verlo aunque no esté ahí. Este problema puede ser solo el resultado de 'anteojeras' cognitivas o puede ser parte de un intento más consciente de apoyar nuestros propios puntos de vista. El sesgo de confirmación es la tendencia a buscar pruebas de que tenemos razón y al hacerlo, ignoramos las pruebas contradictorias. Popper sugiere que la distinción entre lo que es científico y lo que no es científico es que la ciencia es falsificable; la investigación científica implica intentos de rechazar o refutar una teoría o conjunto de suposiciones (Thornton, 2005). La teoría que no se puede falsificar no es científica. Y gran parte de lo que hacemos en la indagación personal implica sacar conclusiones basadas en lo que hemos experimentado personalmente o validar nuestra propia experiencia discutiendo lo que creemos que es cierto con otros que comparten los mismos puntos de vista.

La ciencia ofrece una manera más sistemática de hacer comparaciones que protejan contra el sesgo.

Métodos Científicos

Un método de investigación científica implica los siguientes pasos: 1. Determinar una pregunta de investigación 2. Revisando estudios previos que aborden el tema en cuestión (conocido como revisión de literatura) 3. Determinar un método de recolección de información 4. Realización del estudio

5. Interpretación de resultados 6. Sacar conclusiones; exponer limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones 7. Poner sus hallazgos a disposición de otros (tanto para compartir información como para que otros examinen su trabajo)

Sus hallazgos pueden ser utilizados por otros mientras exploran el área de interés y a través de este proceso se establece una base de literatura o conocimiento. Este modelo de investigación científica presenta la investigación como un proceso lineal guiado por una pregunta específica de investigación. Y suele implicar cuantificar o utilizar estadísticas para entender y reportar lo que se ha estudiado. Muchas revistas académicas publican informes sobre estudios realizados de esta manera.

Otro modelo de investigación denominado investigación cualitativa puede implicar pasos como estos: 1. Empezar con una amplia área de interés 2. Ganar entrada a un grupo para ser investigado 3. Recopilar notas de campo sobre el entorno, las personas, la estructura, las actividades u otras áreas de interés 4. Hacer preguntas abiertas, amplias “gran gira” tipos de preguntas al entrevistar a los sujetos 5. Modificar preguntas de investigación a medida que el estudio continúa 6. Notar patrones o consistencias 7. Explorar nuevas áreas consideradas importantes por las personas observadas 8. Hallazgos del informe

En este tipo de investigaciones, las ideas teóricas se “fundamentan” en las experiencias de los participantes. El investigador es el estudiante y las personas en el entorno son los maestros ya que informan al investigador de su mundo (Glazer & Strauss, 1967). Los investigadores deben ser conscientes de sus propios sesgos y suposiciones, reconocerlos y colocarlos en los esfuerzos para

evitar que limiten la precisión en los informes. En ocasiones, los estudios cualitativos se utilizan inicialmente para explorar un tema y se utilizan estudios más cuantitativos para probar o explicar lo que se describió por primera vez.

Métodos de investigación

Veamos más de cerca algunas técnicas, o métodos de investigación, utilizados para describir, explicar o evaluar. Cada uno de estos diseños tiene fortalezas y debilidades y a veces se usa en combinación con otros diseños dentro de un solo estudio.

Estudios Observacionales

Los estudios observacionales implican observar y registrar las acciones de los participantes. Esto puede tener lugar en el entorno natural, como observar a los niños jugando en un parque, o detrás de un vaso de un solo sentido mientras los niños están jugando en una sala de juegos de laboratorio. El investigador puede seguir una lista de verificación y registrar la frecuencia y duración de los eventos (tal vez cuántos conflictos ocurren entre los niños de 2 años) o puede observar y registrar tanto como sea posible sobre un evento (como observar a los niños en un aula y capturar los detalles sobre el diseño de la habitación y lo que los niños y los maestros están haciendo y diciendo). En general, los estudios observacionales tienen la fuerza de permitir al investigador ver cómo se comportan las personas en lugar de confiar en el autoinforme. Lo que hace la gente y lo que dice que hace suele ser muy diferente. Una debilidad importante de los estudios observacionales es que no permiten al investigador explicar las relaciones causales. Sin embargo, los estudios observacionales son útiles y ampliamente utilizados cuando se estudian niños. Los niños tienden a cambiar su comportamiento cuando saben que están siendo vigilados (conocido como el efecto Hawthorne) y es posible que no encuesten bien.

Experimentos

Los experimentos están diseñados para probar hipótesis (o afirmaciones específicas sobre la relación entre variables) en un entorno controlado en esfuerzos por explicar cómo ciertos factores o eventos producen resultados. Una variable es cualquier cosa que cambia de valor. Los conceptos son operacionalizados o transformados en variables en la investigación, lo que significa que el investigador debe especificar exactamente qué se va a medir en el estudio.

Deben cumplirse tres condiciones para establecer causa y efecto. Los diseños experimentales son útiles para cumplir con estas condiciones. 1. Las variables independientes y dependientes deben estar relacionadas. Es decir, cuando uno es alterado, el otro cambia en respuesta. (La variable independiente es algo alterado o introducido por el investigador. La variable dependiente es el resultado o el factor afectado por la introducción de la variable independiente. Por ejemplo, si estamos viendo el impacto del ejercicio en los niveles de estrés, la variable independiente sería el ejercicio; la variable dependiente sería el estrés.) 2. La causa debe venir antes del efecto. Los experimentos implican medir a los sujetos sobre la variable dependiente antes de exponerlos a la variable independiente (estableciendo una línea base). Entonces mediríamos el nivel de estrés de los sujetos antes de introducir el ejercicio y luego nuevamente después del ejercicio para ver si ha habido un cambio en los niveles de estrés. (La investigación observacional y de encuestas no siempre nos permite observar el momento de estos eventos, lo que hace que la comprensión de la causalidad sea problemática con estos diseños.) 3. Se debe aislar la causa. El investigador debe asegurarse de que no hay variables externas, quizás desconocidas, en realidad están causando el efecto que vemos. El diseño experimental ayuda a que esto sea posible. En un experimento, nos aseguraríamos de que las dietas de nuestros sujetos se mantuvieron constantes durante todo el programa de ejercicios. De lo contrario, la dieta realmente podría estar creando un cambio en el nivel de estrés en lugar de hacer ejercicio.

Un diseño experimental básico implica comenzar con una muestra (o subconjunto de una población) y asignar aleatoriamente sujetos a uno de dos grupos: el grupo experimental o el grupo control. El grupo experimental es el grupo que va a estar expuesto a una variable o condición independiente que el investigador está introduciendo como causa potencial de un evento. El grupo control va a ser utilizado para la comparación y va a tener la misma experiencia que el grupo experimental pero no estará expuesto a la variable independiente. Después de exponer el grupo experimental a la variable independiente, los dos grupos se miden nuevamente para ver si se ha producido un cambio. Si es así, estamos en una mejor posición para sugerir que la variable independiente causó el cambio en la variable dependiente.

La mayor ventaja del diseño experimental es la de ayudar a establecer relaciones de causa y efecto. Una desventaja de este diseño es la dificultad de traducir gran parte de lo que sucede en un entorno de laboratorio a la vida real.

Estudios de casos

Los estudios de caso implican explorar un solo caso o situación con gran detalle. La información se puede recopilar con el uso de observación, entrevistas, pruebas u otros métodos para descubrir lo más posible sobre una persona o situación. Los estudios de caso son útiles cuando se investigan situaciones inusuales como traumatismos cerebrales o niños criados en aislamiento. Y a menudo son utilizados por médicos que realizan estudios de casos como parte de su práctica normal cuando recopilan información sobre un cliente o paciente que viene a recibir tratamiento. Los estudios de caso se pueden utilizar para explorar áreas sobre las cuales poco se sabe y pueden proporcionar ricos detalles sobre situaciones o condiciones. Sin embargo, los hallazgos de los estudios de caso no pueden generalizarse ni aplicarse a poblaciones más grandes; esto se debe a que los casos no se seleccionan aleatoriamente y no se utiliza ningún grupo control para la comparación.



Figura1.4.1: Cartel ilustrado de un aula que describe un estudio de caso. (La imagen de MaryGeorge está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/))

Encuestas

Las **encuestas** son familiares para la mayoría de las personas porque son muy utilizadas. Las encuestas mejoran la accesibilidad a los sujetos porque se pueden realizar en persona, por teléfono, por correo o en línea. Una encuesta implica hacer un conjunto estándar de preguntas a un grupo de sujetos. En una encuesta altamente estructurada, los sujetos se ven obligados a elegir entre un conjunto de respuestas como “fuertemente en desacuerdo, en desacuerdo, indecisos, de acuerdo, muy de acuerdo”; o “0, 1-5, 6-10, etc.” Esto se conoce como la **Escala Likert**. Las encuestas son comúnmente utilizadas por sociólogos, investigadores de marketing, politólogos, terapeutas y otros para recopilar información sobre muchas variables independientes y dependientes en un período de tiempo relativamente corto. Por lo general, las encuestas arrojan información superficial sobre una amplia variedad de factores, pero pueden no permitir una comprensión profunda del comportamiento humano.

Por supuesto, las encuestas se pueden diseñar de varias maneras. Pueden incluir preguntas de elección forzada y preguntas semiestructuradas en las que el investigador permita al encuestado describir o dar detalles sobre ciertos eventos. Uno de los aspectos más difíciles de diseñar una buena encuesta es redactar preguntas de manera imparcial y hacer las preguntas correctas para que los encuestados puedan dar una respuesta clara en lugar de elegir “indecisos” cada vez. ¡Saber que el 30% de los encuestados están indecisos es de poca utilidad! Por lo que se debe poner mucho tiempo y esfuerzo en la construcción de los elementos de la encuesta. Uno de los beneficios de tener ítems de elección forzada es que cada respuesta está codificada para que los resultados puedan ingresarse y analizarse rápidamente mediante software estadístico. El análisis lleva mucho más tiempo cuando los encuestados dan respuestas largas que deben analizarse de una manera diferente. Las encuestas son útiles para examinar valores declarados, actitudes, opiniones y reportar prácticas. No obstante, se basan en el autoinforme o en lo que la gente dice que hace más que en la observación y esto puede limitar la precisión.

Diseños de desarrollo

Los **diseños de desarrollo** son técnicas utilizadas en la investigación del desarrollo (y también en otras áreas). Estas técnicas intentan examinar cómo la edad, la cohorte, el género y la clase social impactan el desarrollo.

Investigación Longitudinal

La **investigación longitudinal** implica comenzar con un grupo de personas que pueden ser de la misma edad y antecedentes y medirlas repetidamente durante un largo período de tiempo. Uno de los beneficios de este tipo de investigación es que las personas pueden ser seguidas a través del tiempo y ser comparadas con ellas cuando eran más jóvenes.



Figura1.4.2: Un diseño de investigación longitudinal. (La imagen de NOBA está licenciada bajo CC BY-NC-SA 4.0)

Un problema con este tipo de investigación es que es muy cara y los sujetos pueden abandonar con el tiempo. El Proyecto Preescolar Perry, iniciado en 1962, es un ejemplo de un estudio longitudinal que continúa aportando datos sobre el desarrollo de los niños.

Investigación Transversal

La **investigación transversal** implica comenzar con una muestra que representa una sección transversal de la población. A los encuestados que varían en edad, género, etnia y clase social se les podría pedir que completen una encuesta sobre las preferencias o actitudes de los programas de televisión hacia el uso de Internet. Entonces se podrían comparar las actitudes de hombres y mujeres, al igual que las actitudes basadas en la edad. En la investigación transversal, los encuestados se miden solo una vez.

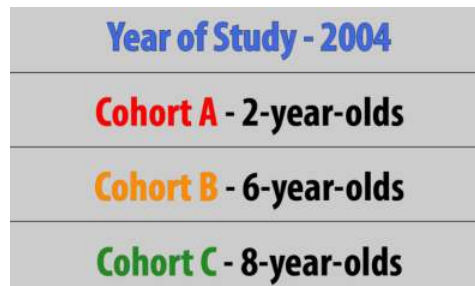


Figura1.4.3: Diseño de investigación transversal. (La imagen de NOBA está licenciada bajo CC BY-NC-SA 4.0)

Este método es mucho menos costoso que la investigación longitudinal pero no permite al investigador distinguir entre el impacto de la edad y el efecto de cohorte. Diferentes actitudes sobre el uso de la tecnología, por ejemplo, podrían no verse alteradas tanto por la edad biológica de una persona como por sus experiencias de vida como miembros de una cohorte.

Investigación Secuencial

La **investigación secuencial** implica combinar aspectos de las dos técnicas anteriores; comenzar con una muestra transversal y medirlas a través del tiempo.

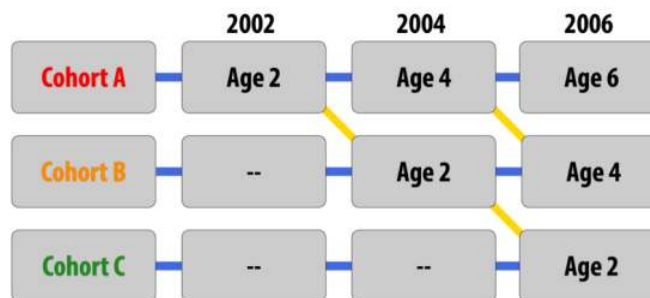


Figura1.4.4: Un diseño de investigación secuencial. (La imagen de NOBA está licenciada bajo CC BY-NC-SA 4.0)

Este es el modelo perfecto para observar la edad, el género, la clase social y la etnia. Pero los inconvenientes de los altos costos y el desgaste también están aquí.¹⁶

Tabla1.4.1: Ventajas y desventajas de diferentes diseños de investigación (Métodos de investigación en psicología del desarrollo por Angela Lukowski y Helen Milojevich está licenciado bajo un CC BY-NC-SA 4.0)

Tipo de Diseño de Investigación	Ventajas	Desventajas

longitudinal	• Examina los cambios dentro de los individuos a lo • Proporciona un análisis del desarrollo	• Caro • Lleva mucho tiempo • Deserción participante • Posibilidad de efectos de práctica • No se pueden examinar los efectos de cohorte
Transversal	• Examina los cambios entre participantes de diferentes edades en el mismo momento • Proporciona información sobre cambios relacionados con la edad	• No se puede examinar el cambio con el tiempo • No se pueden examinar los efectos de cohorte
Secuencial	• Examina los cambios dentro de los individuos a lo • Examina los cambios entre participantes de diferentes edades en el mismo momento • Se puede utilizar para examinar los efectos de cohortes	• Puede ser caro • Posibilidad de efectos de práctica

Consentimiento y ética en la investigación

La investigación debe basarse, en la medida de lo posible, en el consentimiento informado libremente voluntario de los participantes. Para los menores, esto también requiere el consentimiento de sus tutores legales. Esto implica la responsabilidad de explicar plena y significativamente tanto al niño como a sus tutores de qué trata la investigación y cómo se difundirá. Los participantes y sus tutores legales deben conocer el propósito y los procedimientos de la investigación, su derecho a negarse a participar; la medida en que se mantendrá la confidencialidad; los usos potenciales a los que podrían destinarse los datos; los riesgos previsibles y los beneficios esperados; y que los participantes tienen el derecho a suspender en cualquier momento.

Pero el consentimiento por sí solo no absuelve la responsabilidad de los investigadores de anticipar y protegerse contra consecuencias potencialmente dañinas para los participantes.¹⁸ Es fundamental que los investigadores protejan todos los derechos de los participantes, incluida la confidencialidad.

El desarrollo infantil es un campo de estudio fascinante, pero se debe tener cuidado para garantizar que los investigadores utilicen métodos apropiados para examinar el comportamiento de los bebés y niños, usar el diseño experimental correcto para responder a sus preguntas y ser conscientes de los desafíos especiales que son parte integral del desarrollo investigación. Ojalá, esta información te haya ayudado a desarrollar una comprensión de estos diversos temas y a estar listo para pensar de manera más crítica sobre las preguntas de investigación que te interesan. Hay tantas preguntas interesantes que quedan por examinar por las futuras generaciones de científicos del desarrollo, ¡tal vez hagas uno de los próximos grandes descubrimientos! ¹⁹

Otro marco realmente importante a utilizar a la hora de tratar de entender el desarrollo de los niños son las teorías del desarrollo. Exploremos qué son las teorías y te introduzcamos algunas teorías importantes en el desarrollo infantil.

Colaboradores y Atribuciones

16. [Métodos de investigación](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
18. [\[1\]Confidencialidad y consentimiento informado: cuestiones a considerar en la preservación y provisión de acceso a archivos de datos cualitativos](#) por Louise Corti, Annette Day & Gill BackhouseLa fuente está licenciada bajo [CC BY 4.0](#) (modificada por Jennifer Paris);" [No, gracias, hoy no": Apoyando las relaciones éticas y profesionales en grandes estudios cualitativos](#) por Lisa J. Blodgett, Wanda Boyer & Emily TurkSource está licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Jennifer Paris)
19. [Métodos de Investigación en Psicología del Desarrollo](#) por [Angela Lukowski y Helen Milojevich](#) está bajo una licencia [CC BY-NC-SA 4.0](#)

This page titled [1.4: Métodos de investigación](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

1.5: Teorías del desarrollo

¿Qué es una teoría?

Los estudiantes a veces se sienten intimidados por la teoría; incluso la frase, “Ahora vamos a mirar algunas teorías...” se encuentra con miradas en blanco y otros indicios de que el público ahora está perdido. Pero las teorías son herramientas valiosas para entender el comportamiento humano; de hecho, se les proponen explicaciones del “cómo” y “por qué” del desarrollo. ¿Alguna vez te has preguntado: “¿Por qué mi hijo de tres años es tan curioso?” o “¿Por qué algunos alumnos de quinto grado son rechazados por sus compañeros de clase?” Las teorías pueden ayudar a explicar estos y otros sucesos. Las teorías del desarrollo ofrecen explicaciones sobre cómo nos desarrollamos, por qué cambiamos con el tiempo y los tipos de influencias que impactan el desarrollo.

Una **teoría** nos guía y nos ayuda a interpretar los hallazgos de la investigación también. Proporciona al investigador un plano o modelo para ser utilizado para ayudar a reconstruir diversos estudios. Piense en las teorías como pautas al igual que las direcciones que vienen con un aparato u otro objeto que requiera montaje. Las instrucciones pueden ayudar a unir piezas más pequeñas de una pieza más fácilmente que si se utilizan prueba y error.

Se pueden desarrollar teorías mediante inducción en la que se observan varios casos individuales y después de que se notan patrones o similitudes, el teórico desarrolla ideas basadas en estos ejemplos. Las teorías establecidas se prueban luego a través de la investigación; sin embargo, no todas las teorías son igualmente adecuadas para la investigación científica. Algunas teorías son difíciles de probar pero siguen siendo útiles para estimular el debate o proporcionar conceptos que tienen aplicación práctica. Tenga en cuenta que las teorías no son hechos; son pautas para la investigación y la práctica, y ganan credibilidad a través de investigaciones que no las refutan. 20

Echemos un vistazo a algunas teorías clave en el Desarrollo Infantil.

Teoría Psicosexual de Sigmund Freud

Comenzamos con la figura a menudo polémica, Sigmund Freud (1856-1939). Freud ha sido una figura muy influyente en el área del desarrollo; su visión del desarrollo y la psicopatología dominaron el campo de la psiquiatría hasta el crecimiento del conductismo en la década de 1950. Sus suposiciones de que la personalidad se forma durante los primeros años de vida y que las formas en que los padres u otros cuidadores interactúan con los niños tienen un impacto duradero en los estados emocionales de los niños han guiado a padres, educadores, médicos y formuladores de políticas durante muchos años. Recientemente hemos comenzado a reconocer que las experiencias de la primera infancia no siempre dan como resultado ciertos rasgos de personalidad o estados emocionales. Existe un creciente cuerpo de literatura que aborda la resiliencia en niños que provienen de entornos duros y que, sin embargo, se desarrollan sin dañar cicatrices emocionales (O'Grady y Metz, 1987). Freud ha estimulado una enorme cantidad de investigación y generado muchas ideas. Coincidir con la teoría de Freud en su totalidad difícilmente es necesario para apreciar la contribución que ha hecho al campo del desarrollo.

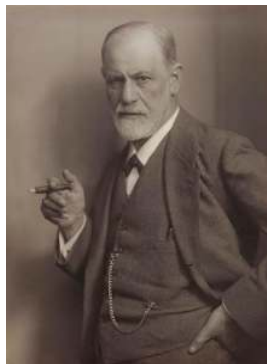


Figura1.5.1: Sigmund Freud. (La imagen es de dominio público)

La teoría del yo de Freud sugiere que hay tres partes del yo.

- El **id** es la parte del yo que es innata. Responde a los instantes biológicos sin pausa y se guía por el principio del placer: si se siente bien, es lo que hay que hacer. Un recién nacido es todo id El recién nacido llora cuando tiene hambre, defeca cuando golpea el impulso.

- El **ego** se desarrolla a través de la interacción con otros y se guía por la lógica o el principio de la realidad. Tiene la capacidad de retrasar la gratificación. Sabe que hay que gestionar los exhortos. Media entre el id y el superego usando la lógica y la realidad para calmar las otras partes del yo.
- El **superego** representa las demandas de la sociedad para sus miembros. Se guía por un sentimiento de culpa. Los valores, la moral y la conciencia son todos parte del superego.

Se piensa que la personalidad se desarrolla en respuesta a la capacidad del niño para aprender a manejar los instos biológicos. La crianza de los hijos es importante aquí. Si el padre es demasiado punitivo o laxo, el niño no puede avanzar a la siguiente etapa. Aquí hay una breve introducción a las etapas de Freud.

Tabla1.5.1: Teoría Psicosexual de Sigmund Freud

Nombre de la Etapa	Descripciones de Escenario
Etapa Oral	La etapa oral dura desde el nacimiento hasta alrededor de los 2 años. El infante es todo id En esta etapa, toda estimulación y comodidad se centra en la boca y se basa en el reflejo de la succión. Demasiada indulgencia o muy poca estimulación pueden llevar a la fijación.
Etapa Anal	La etapa anal coincide con el entrenamiento para ir al baño o aprender a manejar los estímulos biológicos. El ego comienza a desarrollarse en esta etapa. La fijación anal puede resultar en una persona que es compulsivamente limpia y organizada o una que es descuidada y carece de autocontrol.
Etapa fálica	La etapa fálica ocurre en la primera infancia y marca el desarrollo del superego y un sentido de masculinidad o feminidad como dicta la cultura.
Latencia	La latencia ocurre durante la infancia media cuando los instantes de un niño se calman y las amistades se convierten en el foco. El ego y el superego se pueden refinar a medida que el niño aprende a cooperar y negociar con los demás.
Etapa Genital	La etapa genital comienza con la pubertad y continúa hasta la edad adulta. Ahora la preocupación es la del sexo y la reproducción.

Fortalezas y Debilidades de la Teoría de Freud

La teoría de Freud ha sido fuertemente criticada por varias razones. Una es que es muy difícil probar científicamente. ¿Cómo se puede rastrear la paternidad en la infancia hasta la personalidad en la edad adulta? ¿Hay otras variables que puedan explicar mejor el desarrollo? También se considera que la teoría es sexista al sugerir que las mujeres que no aceptan una posición inferior en la sociedad son de alguna manera psicológicamente defectuosas. Freud se enfoca en el lado más oscuro de la naturaleza humana y sugiere que gran parte de lo que determina nuestras acciones es desconocido para nosotros. Entonces, ¿por qué estudiamos Freud? Como se mencionó anteriormente, a pesar de las críticas, las suposiciones de Freud sobre la importancia de las experiencias de la primera infancia en la conformación de nuestro yo psicológico han encontrado su camino hacia el desarrollo infantil, la educación y las prácticas de crianza. La teoría de Freud tiene valor heurístico al proporcionar un marco a partir del cual elaborar y modificar las teorías posteriores del desarrollo. Muchas teorías posteriores, particularmente el conductismo y el humanismo, fueron desafíos para la visión de Freud. 22

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoría psicosexual de Freud

Freud creía que:

- El desarrollo en los primeros años tiene un impacto duradero.
- Hay tres partes del yo: el id, el ego y el superego
- Las personas pasan por cinco etapas de desarrollo psicosexual: la etapa oral, la etapa anal, la fase fálica, la latencia y la etapa genital

Estudiamos Freud porque sus suposiciones de la importancia de la experiencia de la primera infancia proporcionan un marco para teorías posteriores (las elaboradas y contradicidas/desafiaron su obra).

Teoría Psicosocial de Erik Erikson

Ahora, volvamos a un teórico menos polémico, Erik Erikson. Erikson (1902-1994) sugirió que nuestras relaciones y las expectativas de la sociedad motivan gran parte de nuestro comportamiento en su teoría del desarrollo psicosocial. Erikson era un estudiante de Freud pero enfatizó la importancia del ego, o pensamiento consciente, en la determinación de nuestras acciones. En otras palabras, creía que no somos impulsados por los instantes inconscientes. Sabemos lo que nos motiva y pensamos conscientemente en cómo lograr nuestras metas. Se le considera el padre de la psicología del desarrollo porque su modelo nos da una pauta para toda la vida y sugiere ciertas preocupaciones psicológicas y sociales primarias a lo largo de la vida.



Figura1.5.2: Erik Erikson. (La imagen es de dominio público)

Erikson amplió su Freud enfatizando la importancia de la cultura en las prácticas y motivaciones parentales y agregando tres etapas del desarrollo adulto (Erikson, 1950; 1968).

Creía que somos conscientes de lo que nos motiva a lo largo de la vida y el ego tiene mayor importancia en guiar nuestras acciones que el id. Tomamos decisiones conscientes en la vida y estas elecciones se enfocan en satisfacer ciertas necesidades sociales y culturales en lugar de puramente biológicas. Los humanos están motivados, por ejemplo, por la necesidad de sentir que el mundo es un lugar digno de confianza, que somos individuos capaces, que podemos hacer una contribución a la sociedad, y que hemos vivido una vida significativa. Todos estos son problemas psicosociales.

Erikson dividió la vida útil en ocho etapas. En cada etapa, tenemos una importante tarea psicosocial que cumplir o crisis que superar. Erikson creía que nuestra personalidad sigue tomando forma a lo largo de nuestra vida a medida que enfrentamos estos desafíos en la vida. Aquí hay una breve descripción de las ocho etapas:

Tabla1.5.2: Teoría Psicosocial de Erik Erikson

Nombre de la Etapa	Descripción de Stage
Confianza vs desconfianza (0-1)	El infante debe tener las necesidades básicas atendidas de manera consistente para sentir que el mundo es un lugar digno de confianza.
Autonomía vs. vergüenza y duda (1-2)	Los niños pequeños móviles tienen una nueva libertad que les gusta hacer ejercicio y al permitirles hacerlo, aprenden algo de independencia básica.
Iniciativa vs Culpa (3-5)	A los preescolares les gusta iniciar actividades y enfatizar hacer las cosas “por mi cuenta”.
Industria vs. inferioridad (6- 11)	Los niños en edad escolar se enfocan en los logros y comienzan a hacer comparaciones entre ellos y sus compañeros
Identidad vs. confusión de roles (adolescencia)	Los adolescentes están tratando de adquirir un sentido de identidad mientras experimentan con diversos roles, creencias e ideas.
Intimidad vs. aislamiento (adultez joven)	En nuestros 20 y 30 estamos haciendo algunos de nuestros primeros compromisos a largo plazo en las relaciones íntimas.
Generatividad vs. estancamiento (adultez media)	De los 40 a principios de los 60 nos enfocamos en ser productivos en el trabajo y en el hogar y estamos motivados por querer sentir que hemos hecho una contribución a la sociedad.

Nombre de la Etapa	Descripción de Stage
Integridad vs. desesperación (edad adulta tardía)	Miramos hacia atrás en nuestras vidas y esperamos que nos guste lo que vemos, que hemos vivido bien y tenemos un sentido de integridad porque vivimos de acuerdo a nuestras creencias.

Estas ocho etapas forman una base para las discusiones sobre el desarrollo emocional y social durante la vida. Tenga en cuenta, sin embargo, que estas etapas o crisis pueden ocurrir más de una vez. Por ejemplo, una persona puede luchar con una falta de confianza más allá de la infancia bajo ciertas circunstancias. La teoría de Erikson ha sido criticada por enfocarse tanto en las etapas y asumir que la finalización de una etapa es un requisito previo para la próxima crisis de desarrollo. Su teoría también se centra en las expectativas sociales que se encuentran en ciertas culturas, pero no en todas. Por ejemplo, la idea de que la adolescencia es un momento de búsqueda de identidad podría traducirse bien en la cultura de clase media de Estados Unidos, pero no tan bien en culturas donde la transición a la edad adulta coincide con la pubertad a través de ritos de paso y donde los roles adultos ofrecen menos elecciones.²⁴

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoría psicosocial de Erikson

Erikson era estudiante de Freud pero enfocado en el pensamiento consciente.

- Sus etapas de desarrollo psicosocial abordan toda la vida y sugieren crisis psicosocial primaria en algunas culturas que los adultos pueden usar para entender cómo apoyar el desarrollo social y emocional de los niños.
- Las etapas incluyen: confianza vs. desconfianza, autonomía vs. vergüenza y duda, iniciativa vs. culpa, industria vs. inferioridad, identidad vs. confusión de roles, intimidad vs. aislamiento, generatividad vs estancamiento e integridad vs desesperación.

Conductismo

Mientras Freud y Erikson miraban lo que estaba pasando en la mente, el conductismo rechazó cualquier referencia a la mente y vieron el comportamiento manifiesto y observable como el tema propio de la psicología. A través del estudio científico de la conducta, se esperaba que se pudieran derivar leyes del aprendizaje que promovieran la predicción y el control del comportamiento.²⁵

Iván Pavlov

Ivan Pavlov (1880-1937) fue un fisiólogo ruso interesado en estudiar la digestión. Al registrar la cantidad de salivación que producían sus perros de laboratorio mientras comían, notó que en realidad comenzaron a salivar antes de que llegara la comida mientras el investigador caminaba por el pasillo y hacia la jaula. “¡Esto”, pensó, “no es natural!” Uno esperaba que un perro salivara automáticamente cuando la comida llegue a su paladar, pero ¿ANTES de que llegue la comida? Por supuesto, lo que había pasado era... usted me dice. ¡Así es! Los perros sabían que venía la comida porque habían aprendido a asociar los pasos con la comida. La palabra clave aquí es “aprendida”. Una respuesta aprendida se llama respuesta “condicionada”.



Figura1.5.3: Ivan Pavlov. (La imagen es de dominio público)

Pavlov comenzó a experimentar con este concepto de **condicionamiento clásico**. Empezó a tocar una campana, por ejemplo, antes de introducir la comida. Efectiva, después de hacer esta conexión varias veces, se podría hacer que los perros salivaran al son de una campana. Una vez que la campana se había convertido en un evento al que los perros habían aprendido a salivar, se le llamó **estímulo condicionado**. El acto de salivar a una campana fue una respuesta que también se había aprendido, ahora denominada en la jerga de Pavlov, una respuesta condicionada. Observe que la respuesta, la salivación, es la misma ya sea condicionada o no condicionada (no aprendida o natural). Lo que cambió es el estímulo al que el perro saliva. Uno es natural (incondicionado) y otro es aprendido (condicionado).

Pensemos en cómo se usa el condicionamiento clásico en nosotros. Una de las aplicaciones más extendidas de los principios de condicionamiento clásico nos la trajo el psicólogo, John B. Watson.

John B. Watson

John B. Watson (1878-1958) creía que la mayoría de nuestros miedos y otras respuestas emocionales están condicionadas clásicamente. Había ganado mucha popularidad en la década de 1920 con su asesoramiento experto sobre la crianza de los hijos ofrecido al público.



Figura1.5.4: John B. Watson. (La imagen es de dominio público)

Intentó demostrar el poder del condicionamiento clásico con su famoso experimento con un niño de 18 meses llamado “Little Albert”. Watson sentó a Albert y le presentó una variedad de objetos aparentemente aterradores: un trozo de periódico en llamas, una rata blanca, etc. Pero Albert siguió curioso y alcanzó todas estas cosas. Watson sabía que uno de nuestros únicos temores innatos es el miedo a los ruidos fuertes por lo que procedió a hacer un ruido fuerte cada vez que presentaba uno de los favoritos de Albert, una rata blanca. Después de escuchar el fuerte ruido varias veces emparejado con la rata, Albert pronto llegó a temer a la rata y comenzó a llorar cuando fue introducida. Watson filmó este experimento para la posteridad y lo utilizó para demostrar que podía ayudar a los padres a lograr los resultados que desearan, si solo siguieran sus consejos. Watson escribió columnas en periódicos y revistas y ganó mucha popularidad entre los padres ansiosos por aplicar la ciencia al orden del hogar.

El condicionamiento operante, por otro lado, mira la forma en que las consecuencias de un comportamiento aumentan o disminuyen la probabilidad de que una conducta vuelva a ocurrir. Entonces veamos esto un poco más.

B.F. Skinner y Acondicionamiento Operante

B. F. Skinner (1904-1990), quien nos trajo los principios del condicionamiento operante, sugirió que el refuerzo es un medio más eficaz de fomentar una conducta que la crítica o el castigo. Al enfocarnos en fortalecer el comportamiento deseable, tenemos un mayor impacto que si enfatizamos lo que es indeseable. El refuerzo es todo lo que un organismo desea y está motivado a obtener.



Figura1.5.5: B. F. Skinner. (La imagen es de dominio público)

Un **reforzador** es algo que fomenta o promueve un comportamiento. Algunas cosas son recompensas naturales. Se consideran intrínsecos o primarios porque su valor es fácilmente comprendido. Piensa en qué tipo de cosas los bebés o animales como los cachorros encuentran gratificantes.

Los refuerzos extrínsecos o secundarios son cosas que tienen un valor que no se entiende inmediatamente. Su valor es indirecto. Se pueden negociar por lo que en última instancia se desea.

El uso del **refuerzo positivo** implica agregar algo a una situación con el fin de fomentar un comportamiento. Por ejemplo, si le doy una galleta a un niño para limpiar una habitación, la adición de la galleta hace que la limpieza sea más probable en el futuro. Piensa en formas en las que refuerzas positivamente a los demás.

El **refuerzo negativo** se produce cuando sacar algo desagradable de una situación fomenta el comportamiento. Por ejemplo, tengo un despertador que hace un sonido muy desagradable, fuerte cuando se apaga por la mañana. En consecuencia, me levanto y lo apago. Al quitar el ruido, estoy reforzado para levantarme. ¿Cómo refuerzas negativamente a los demás?

El **castigo** es un esfuerzo para detener una conducta. Significa seguir una acción con algo desagradable o doloroso. El castigo suele ser menos efectivo que el refuerzo por varias razones. No indica el comportamiento deseado, puede resultar en suprimir en lugar de detener un comportamiento, (en otras palabras, la persona puede no hacer lo que está siendo castigado cuando estás cerca, pero puede hacerlo a menudo cuando te vas), y un enfoque en el castigo puede resultar en no darse cuenta cuando a la persona le va bien. No todos los comportamientos se aprenden a través de la asociación o el refuerzo. Muchas de las cosas que hacemos se aprenden viendo a los demás. Esto se aborda en la teoría del aprendizaje social.

Teoría del Aprendizaje Social

Albert Bandura (1925-) es uno de los principales contribuyentes a la teoría del aprendizaje social. Nos llama la atención sobre las formas en que muchas de nuestras acciones no se aprenden a través del condicionamiento; más bien, se aprenden observando a los demás (1977). Los niños pequeños aprenden comportamientos frecuentemente a través de la imitación



Figura 1.5.6: Albert Bandura. (Imagen de Albert Bandura está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/))

A veces, particularmente cuando no sabemos qué más hacer, aprendemos modelando o copiando el comportamiento de los demás. Un niño de jardín de infantes en su primer día de clases podría mirar ansiosamente cómo actúan los demás y tratar de actuar de la misma manera para encajar más rápidamente. Los adolescentes que luchan con su identidad dependen en gran medida de sus compañeros para actuar como modelos a seguir. A veces hacemos cosas porque hemos visto que vale la pena para otra persona. Estaban operantemente condicionados, pero nos involucramos en el comportamiento porque esperamos que valga la pena para nosotros también. Esto se conoce como refuerzo vicario (Bandura, Ross y Ross, 1963).

Bandura (1986) sugiere que existe interacción entre el entorno y el individuo. No somos solo producto de nuestro entorno, sino que influimos en nuestro entorno. Los padres no sólo influyen en el entorno de su hijo, tal vez intencionalmente mediante el uso del refuerzo, etc., sino que los hijos también influyen en los padres. Los padres pueden responder de manera diferente con su primer hijo que con su cuarto. Quizás tratan de ser los padres perfectos con su primogénito, pero para cuando llega su último hijo tienen expectativas muy diferentes tanto de ellos mismos como de su hijo. Nuestro entorno nos crea y nosotros creamos nuestro entorno.³⁰

Bandura y el experimento Bobo Doll & Los niños de hoy y los medios

Otras influencias sociales: ¿TV o no TV? Bandura (et al. 1963) inició una serie de estudios para analizar el impacto de la televisión, particularmente los comerciales, en el comportamiento de los niños. ¿Es más probable que los niños actúen agresivamente cuando ven modelado este comportamiento? ¿Y si ven que se refuerza? Bandura comenzó realizando un experimento en el que mostró a los niños una película de una mujer golpeando a un payaso inflable o muñeca “bobo”. Después se permitió que los niños entraran en la habitación donde encontraron la muñeca e inmediatamente comenzaron a golpearla. Esto fue sin ningún tipo de refuerzo. No sólo eso, sino que encontraron nuevas formas de comportarse agresivamente. Es como si aprendieran un papel agresivo.

Los niños ven mucho más la televisión hoy que en la década de los sesenta; tanto, de hecho, que se les ha referido como Generación M (medios de comunicación). La cantidad de tiempo de pantalla varía según la edad. A partir de 2017, los niños 0-8 pasan un promedio de 2 horas y 19 minutos. Los niños de 8 a 12 años pasan casi 6 horas al día en medios de pantalla. Y los niños de 13 a 18 años pasan un promedio de poco menos de 9 horas diarias en el uso de medios de entretenimiento.

La prevalencia de violencia, contenido sexual y mensajes que promueven alimentos ricos en grasas y azúcar en los medios de comunicación son sin duda motivo de preocupación y temas de investigación y revisión de políticas en curso. Muchos niños pasan aún más tiempo en la computadora viendo contenido desde internet. La cantidad de tiempo que se pasa conectado a internet sigue aumentando con el uso de teléfonos inteligentes que esencialmente sirven como mini-computadoras. Y las formas en que niños y adolescentes interactúan con los medios de comunicación siguen cambiando. La popularidad de YouTube y las diversas plataformas de redes sociales son ejemplos de ello. ¿Cuáles podrían ser las implicaciones de esto? ³¹

Principales puntos a tener en cuenta sobre el conductismo

Los conductistas analizan el comportamiento observable y cómo se puede predecir y controlar.

- Pavlov experimentó con el condicionamiento clásico, el proceso de condicionar una respuesta al estímulo (el perro salivando a la campana).
- Watson ofreció consejos a los padres para mostrarles cómo se puede usar el condicionamiento clásico. Su experimento más famoso fue condicionar a Little Albert para que temiera una tarifa blanca.
- Skinner creía que reforzar el comportamiento es la forma más efectiva de aumentar el comportamiento deseable. Esto se hace a través del condicionamiento operante.
- Bandura señaló que muchos comportamientos no se aprenden a través de ningún tipo de condicionamiento, sino a través de la imitación. Y creía que las personas no sólo están influenciadas por su entorno, sino que también tienen un impacto en su entorno.

Las teorías también exploran el desarrollo cognitivo y cómo los procesos mentales cambian con el tiempo.

Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) es uno de los teóricos cognitivos más influyentes. Piaget se inspiró para explorar la capacidad de pensar y razonar de los niños observando el desarrollo de sus propios hijos. Fue uno de los primeros en reconocer y trazar las formas en que el pensamiento de los niños difiere del de los adultos. Su interés por esta área comenzó cuando se le pidió que pusiera a prueba el coeficiente intelectual de los niños y comenzó a notar que había un patrón en sus respuestas equivocadas. Creía que las habilidades intelectuales de los niños cambian con el tiempo a través de la maduración. Los niños de diferentes edades interpretan el mundo de manera diferente.



Figura1.5.7: Jean Piaget. (La imagen es de dominio público)

Piaget creía que nuestro deseo de entender el mundo proviene de una necesidad de **equilibrio** cognitivo. Se trata de un acuerdo o equilibrio entre lo que percibimos en el mundo exterior y lo que sabemos en nuestra mente. Si experimentamos algo que no podemos entender, tratamos de restablecer el equilibrio ya sea cambiando nuestros pensamientos o alterando la experiencia para encajar en lo que sí entendemos. Quizás conozcas a alguien que es muy diferente a cualquiera que conozcas. ¿Cómo le da sentido a esta persona? Podrías usarlos para establecer una nueva categoría de personas en tu mente o podrías pensar en cómo son similares a otra persona.

Un **esquema** o esquemas son categorías de conocimiento. Son como cajas mentales de conceptos. Un niño tiene que aprender muchos conceptos. Pueden tener un esquema para “bajo” y “suave” o “correr” y “agrio”. Todos estos son esquema. Nuestros esfuerzos por entender el mundo que nos rodea nos llevan a desarrollar nuevos esquemas y a modificar los antiguos.

Una forma de darle sentido a las nuevas experiencias es enfocarse en cómo son similares a lo que ya conocemos. Esto es **asimilación**. Así que la persona que conocemos que es muy diferente puede ser entendida como “algo así como mi hermano” o “su voz suena mucho como la tuya”. O un alimento nuevo puede ser asimilado cuando determinemos que sabe a pollo!

Otra forma de darle sentido al mundo es cambiar de opinión. Podemos hacer un acomodo cognitivo a esta nueva experiencia agregando un nuevo esquema. Esta comida no se parece a nada que haya probado antes. Ahora tengo una nueva categoría de alimentos de sabor agridulce, por ejemplo. Esto es **ajustamiento**. ¿Se acomoda o asimila con más frecuencia? Los niños se acomodan más frecuentemente a medida que construyen un nuevo esquema. Los adultos tienden a buscar similitud en su experiencia y asimilar. Pueden estar menos inclinados a pensar “fuera de la caja”. Piaget sugirió diferentes formas de entender que están asociadas con la maduración. Dividió esto en cuatro etapas:

Tabla1.5.3: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget

Nombre de la Etapa	Descripción de Stage

Nombre de la Etapa	Descripción de Stage
Etapa Sensorimotora	Durante la etapa sensoriomotora los niños confían en el uso de los sentidos y las habilidades motoras. Desde su nacimiento hasta aproximadamente los 2 años, el infante sabe probando, oliendo, tocando, escuchando y moviendo objetos alrededor. Se trata de un verdadero tipo de conocimiento manos a la obra.
Etapa Preoperativa	En la etapa preoperatoria , los niños de 2 a 7 años, se vuelven capaces de pensar en el mundo usando símbolos. Un símbolo es algo que representa otra cosa. El uso del lenguaje, ya sea en forma de palabras o gestos, facilita conocer y comunicar sobre el mundo. Este es el sello distintivo de la inteligencia preoperatoria y ocurre en la primera infancia. Sin embargo, estos niños son preoperatorios o prelógicos. Todavía no entienden cómo opera el mundo físico. Pueden, por ejemplo, temer que vayan por el desagüe si se sientan en la parte delantera de la bañera, a pesar de que son demasiado grandes.
Operativo de Concreto	Los niños en la etapa operativa concreta , de 7 a 11 años, desarrollan la capacidad de pensar lógicamente sobre el mundo físico. La infancia media es un tiempo de comprensión de conceptos como el tamaño, la distancia y la constancia de la materia, y las relaciones de causa y efecto. Un niño sabe que un huevo revuelto sigue siendo un huevo y que 8 onzas de agua todavía son 8 onzas sin importar qué forma de vaso lo contenga.
Operativo Formal	Durante la etapa operativa formal los niños, aproximadamente a los 12 años, adquieren la capacidad de pensar lógicamente sobre eventos concretos y abstractos. El adolescente que ha llegado a esta etapa es capaz de considerar posibilidades y contemplar ideas sobre situaciones que nunca se han encontrado directamente. Se puede considerar una comprensión más abstracta de las ideas religiosas o la moral o la ética y principios abstractos como la libertad y la dignidad.

Críticas a la teoría de Piaget

Piaget ha sido criticado por sobreemfatizar el papel que juega la maduración física en el desarrollo cognitivo y en subestimar el papel que la cultura y la interacción (o experiencia) juegan en el desarrollo cognitivo. Mirar a través de las culturas revela una variación considerable en lo que los niños son capaces de hacer a diversas edades. Piaget pudo haber subestimado lo que los niños son capaces de hacer dadas las circunstancias adecuadas.³³

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

Piaget, uno de los teóricos cognitivos más influyentes, creía que

- La comprensión está motivada por tratar de equilibrar lo que percibimos en el mundo y lo que sabemos en nuestra mente.
- La comprensión se organiza a través de la creación de categorías de conocimiento. Cuando se presentan nuevos conocimientos podemos agregar un nuevo esquema o modificar los existentes.

La comprensión de los cambios en el mundo de los niños es que sus habilidades cognitivas maduran a través de cuatro etapas: etapa sensoriomotora, etapa preoperatoria, etapa operativa de concreción y etapa operativa formal.

Teoría Sociocultural de Lev Vygotski

Lev Vygotsky (1896-1934) fue un psicólogo ruso que escribió a principios del siglo XX pero cuya obra fue descubierta en Estados Unidos en la década de 1960 pero que se hizo más conocida en la década de 1980. Vygotsky difirió con Piaget en que creía que una

persona no sólo tiene un conjunto de habilidades, sino también un conjunto de habilidades potenciales que se pueden realizar si se le da la orientación adecuada de los demás. Su teoría sociocultural enfatiza la importancia de la cultura y la interacción en el desarrollo de las habilidades cognitivas. Consideró que a través de la participación guiada conocida como andamios, con un maestro o un compañero capaz, un niño puede aprender habilidades cognitivas dentro de cierto rango conocido como la **zona de desarrollo proximal**.³⁴ Su creencia era que el desarrollo ocurrió primero a través de las interacciones sociales inmediatas de los niños, y luego se trasladaron al nivel individual a medida que comenzaron a internalizar su aprendizaje.³⁵



Figura1.5.8: Lev Vygotsky. (Imagen de The Vigotsky Project está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

¿Alguna vez le has enseñado a un niño a realizar una tarea? A lo mejor fue cepillarse los dientes o preparar comida. Lo más probable es que hablaste con ellos y describieras lo que estabas haciendo mientras demostrabas la habilidad y dejabas que trabajaran contigo durante todo el proceso. Les diste asistencia cuando parecían necesitarla, pero una vez que supieron qué hacer, retrocediste y los dejaste ir. Se trata de **andamios** y se puede ver demostrado en todo el mundo. Este enfoque de la enseñanza también ha sido adoptado por los educadores. En lugar de evaluar a los estudiantes sobre lo que están haciendo, deben ser entendidos en términos de lo que son capaces de hacer con la orientación adecuada. Se puede ver cómo Vygotsky sería muy popular entre los educadores de hoy en día.³⁷

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoría sociocultural de Vygotsky

Vygotsky se concentró en las interacciones del niño con compañeros y adultos. Creía que el niño era aprendiz, aprendiendo a través de interacciones sociales sensibles con compañeros y adultos más capacitados.

Comparando Piaget y Vygotsky

Vygotsky se concentró más en el entorno social y cultural inmediato del niño y en sus interacciones con adultos y compañeros. Si bien Piaget veía al niño como un descubrimiento activo del mundo a través de interacciones individuales con él, Vygotsky veía al niño como más aprendiz, aprendiendo a través de un entorno social de otros que tenían más experiencia y eran sensibles a las necesidades y habilidades del niño.³⁸

Al igual que el de Vygotsky, Bronfenbrenner analizó las influencias sociales en el aprendizaje y el desarrollo.

Modelo de Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner (1917-2005) nos ofrece una de las teorías más completas del desarrollo humano. Bronfenbrenner estudió Freud, Erikson, Piaget y teóricos del aprendizaje y cree que todas esas teorías podrían mejorarse agregando la dimensión del contexto. Lo que se está enseñando y cómo interpreta la sociedad las situaciones depende de quién está involucrado en la vida de un niño y de cuándo y dónde vive un niño.



Figura1.5.9: Urie Bronfenbrenner. (Imagen de Marco Vicente González está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

El modelo de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner explica las influencias directas e indirectas en el desarrollo de un individuo.

Tabla1.5.4: Modelo de Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner

Nombre del sistema	Descripción del Sistema
Microsistemas	Los microsistemas impactan directamente a un niño. Estas son las personas con las que interactúa el niño como padres, compañeros y maestros. Es necesario considerar la relación entre los individuos y quienes los rodean. Por ejemplo, para apreciar lo que está pasando con un alumno en matemáticas, se debe conocer la relación entre el alumno y el maestro.
Mesosistemas	Los mesosistemas son interacciones entre los que rodean al individuo. La relación entre padres y escuelas, por ejemplo, afectará indirectamente al niño.
Exosistema	Las instituciones más grandes como los medios de comunicación o el sistema de salud se conocen como el exosistema . Estos inciden en las familias y compañeros y escuelas que operan bajo las políticas y regulaciones que se encuentran en estas instituciones.
Macrosistemas	Encontramos valores y creencias culturales a nivel de macrosistemas . Estos ideales y expectativas más grandes informan a las instituciones que finalmente impactarán al individuo.
Cronosistema	Todo esto sucede en un contexto histórico denominado cronosistema . Los valores culturales cambian con el tiempo, al igual que las políticas de instituciones educativas o gobiernos en ciertos climas políticos. El desarrollo ocurre en un punto en el tiempo.

Por ejemplo, para entender a un estudiante en matemáticas, no podemos simplemente mirar a ese individuo y qué desafíos enfrenta directamente con la materia. Tenemos que mirar las interacciones que ocurren entre el maestro y el niño. Quizás el maestro necesite hacer modificaciones también. El maestro puede estar respondiendo a regulaciones hechas por la escuela, como nuevas expectativas para los estudiantes en matemáticas o limitaciones de tiempo que interfieran con la capacidad del maestro para instruir. Estas nuevas demandas pueden ser una respuesta a los esfuerzos nacionales para promover las matemáticas y la ciencia consideradas importantes por los líderes políticos en respuesta a las relaciones con otros países en un momento determinado de la historia.

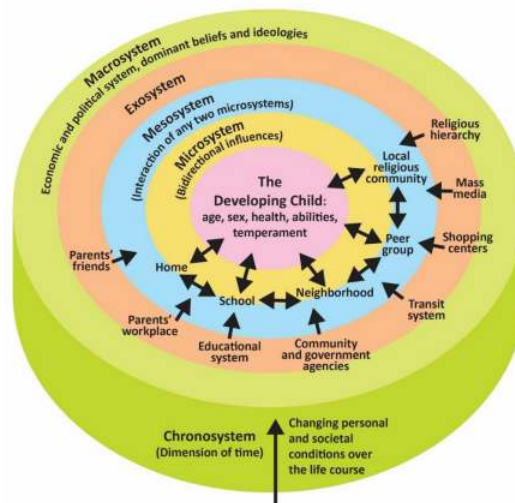


Figura1.5.10: Teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))

El modelo de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner nos reta a ir más allá del individuo si queremos entender el desarrollo humano y promover mejoras.⁴¹

Principales puntos a tener en cuenta sobre el modelo ecológico de Bronfenbrenner

Después de estudiar todas las teorías anteriores, Bronfenbrenner agregó un importante elemento de contexto a la discusión de las influencias en el desarrollo humano.

- Consideró que las personas involucradas en la vida de los niños y cuándo y dónde viven son consideraciones importantes.
- Creó un modelo de sistemas anidados que influyen en el niño (y son influenciados por el niño) que incluyen: microsistemas, mesosistemas, exosistemas, macrosistemas y cronosistemas.

Colaboradores y Atribuciones

20. [Introducción a las Teorías del Desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

22. [Teoría Psicodinámica](#) por [Lumen Learning](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#); [Transcripción de la Conferencia: Teorías del Desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

24. [Teoría Psicosocial](#) por [Lumen Learning](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

25. [Historia de la Psicología](#) por [David B. Baker y Heather Sperry](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

30. [Explorando el comportamiento](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#); [Transcripción de la conferencia: Teorías del desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

31. [Explorando el comportamiento](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

Rasmussen, Eric (2017, 19 de octubre). *Tiempo frente a la pantalla y niños: perspectivas a partir de un nuevo informe*. Recuperado a partir de <https://www.pbs.org/parents/thrive/screen-time-and-kids-insights-from-a-new-report>

33. [Transcripción de la conferencia: Teorías del desarrollo](#) por [Lumen Learning](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#) (modificada por Jennifer Paris)

[Explorando la cognición](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

34. [Explorando la cognición](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

35. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

37. [Explorando la cognición](#) por [Lumen Learning](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

38. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

41. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [1.5: Teorías del desarrollo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

1.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- principios subyacentes del desarrollo
- los cinco periodos de desarrollo
- tres temas en desarrollo
- Diversos métodos de investigación
- teorías importantes que nos ayudan a entender el desarrollo

A continuación, vamos a estar examinando dónde empezamos todos con la concepción, la herencia y el desarrollo prenatal.

This page titled [1.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

2: Concepción, Herencia y Desarrollo Prenatal

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Evaluar los roles de la naturaleza y nutrir en el desarrollo.
2. Definir genes y cromosomas.
3. Diferenciar mitosis y meiosis.
4. Explicar los patrones dominantes y recesivos sobre la herencia.
5. Enumerar trastornos genéticos comunes y anomalías cromosómicas.
6. Describir los cambios que ocurren dentro de cada uno de los tres periodos de desarrollo prenatal.
7. Reconocer los riesgos para el desarrollo prenatal que plantea la exposición a teratógenos.
8. Evaluar diferentes tipos de evaluación prenatal.

En este capítulo, comenzaremos por examinar algunas de las formas en que la herencia ayuda a dar forma a la manera en que somos. Analizaremos lo que sucede genéticamente durante la concepción, y describiremos algunos trastornos genéticos y cromosómicos conocidos. A continuación consideraremos lo que sucede durante el desarrollo prenatal, incluyendo el impacto de los teratógenos. También discutiremos el impacto que tanto la madre como el padre tienen en el feto en desarrollo.

[2.1: Herencia](#)

[2.2: Desarrollo Prenatal](#)

[2.S: Resumen](#)

This page titled [2: Concepción, Herencia y Desarrollo Prenatal](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

2.1: Herencia

Naturaleza y crianza

La mayoría de los estudiosos coinciden en que existe una interacción constante entre la naturaleza (herencia) y la crianza (el medio ambiente). Es difícil aislar la raíz de una sola característica como resultado únicamente de la naturaleza o la crianza, y la mayoría de los estudiosos creen que incluso determinar en qué medida la naturaleza o la crianza impacta un rasgo humano es difícil de responder. De hecho, casi todas las características humanas son poligénicas (resultado de muchos genes) y multifactoriales (resultado de muchos factores, tanto genéticos como ambientales). Es como si la composición genética de uno planteara una gama de posibilidades, que pueden o no realizarse dependiendo de las experiencias ambientales de uno. Por ejemplo, una persona puede estar genéticamente predispuesta a desarrollar diabetes, pero el estilo de vida de la persona puede determinar si realmente desarrolla o no la enfermedad.

Esta interacción bidireccional entre la naturaleza y la crianza es el **marco epigenético**, lo que sugiere que el entorno puede afectar la expresión de los genes del mismo modo que las predisposiciones genéticas pueden afectar los potenciales de una persona. Y las circunstancias ambientales pueden desencadenar síntomas de un trastorno genético.²

Correlaciones con el Medio Ambiente

Las correlaciones ambientales se refieren a los procesos por los cuales los factores genéticos contribuyen a las variaciones en el ambiente (Plomin, DeFries, Knopik, & Neiderhiser, 2013). Existen tres tipos de correlaciones genotipo-ambiente:

La **correlación genotipo-ambiente pasiva** ocurre cuando los niños heredan pasivamente los genes y los entornos que proporciona su familia. Ciertas características de comportamiento, como tener una inclinación atlética, pueden correr en familias. Los niños han heredado tanto los genes que permitirían el éxito en estas actividades, como dado el estímulo ambiental para involucrarse en estas acciones.



Figura2.1.1: Dos esquiadores. (Imagen de Alexey Ruban en Unsplash)

La **correlación genotipo-ambiente evocadora** se refiere a cómo reacciona el entorno social ante los individuos en función de sus características heredadas. Por ejemplo, si uno tiene un temperamento más extrovertido o tímido afectará cómo es tratado por los demás.

La **correlación genotipo-ambiente activa** ocurre cuando los individuos buscan ambientes que respalden sus tendencias genéticas. Esto también se conoce como picking de nicho. Por ejemplo, los niños con inclinaciones musicales buscan instrucción musical y oportunidades que faciliten su habilidad musical natural.

Por el contrario, **las interacciones genotipo-ambiente** implican susceptibilidad genética al ambiente. Los estudios de adopción proporcionan evidencia de interacciones genotipo-ambiente. Por ejemplo, el Estudio de Crecimiento y Desarrollo Temprano (Leve, Neiderhiser, Scaramella, & Reiss, 2010) siguió a 360 niños adoptados y a sus padres adoptados y biológicos en un estudio longitudinal. Los resultados han demostrado que los niños cuyos padres biológicos exhibieron psicopatología, presentaron significativamente menos problemas de conducta cuando sus padres adoptivos utilizaron una crianza más estructurada que no estructurada. Adicionalmente, la psicopatología elevada en padres adoptivos incrementó el riesgo de que los niños desarrollaran problemas de conducta, pero solo cuando la psicopatología de los padres biológicos era alta. En consecuencia, los resultados muestran cómo los efectos ambientales sobre el comportamiento difieren según el genotipo, especialmente los ambientes estresantes en niños genéticamente en riesgo. ⁴

Genes y Cromosomas

Ahora, veamos más de cerca solo la naturaleza. La naturaleza se refiere a la contribución de la genética al propio desarrollo. El componente básico de la perspectiva de la naturaleza es el gen. Los **genes** son recetas para elaborar proteínas, mientras que las proteínas influyen en la estructura y funciones de las células. Los genes se localizan en los cromosomas y se estima que hay 20.500 genes para humanos, según el Proyecto Genoma Humano (NIH, 2015).

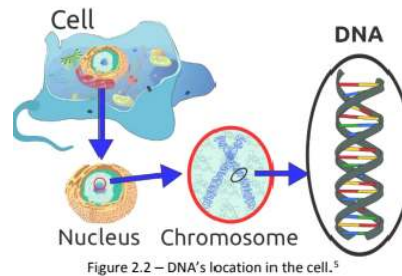


Figura2.1.2: Ubicación del ADN en la célula. (La imagen de Radio89 está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Las células humanas normales contienen 46 cromosomas (o 23 pares; uno de cada progenitor) en el núcleo de las células. Después de la concepción, la mayoría de las células del cuerpo son creadas por un proceso llamado mitosis. **La mitosis** se define como el núcleo de la célula haciendo una copia exacta de todos los cromosomas y dividiéndose en dos nuevas células.

Sin embargo, las células utilizadas en la reproducción sexual, llamadas gametos (espermatozoides u óvulos), se forman en un proceso llamado meiosis. En la meiosis, los cromosomas del gameto se duplican, y luego se dividen dos veces dando como resultado cuatro células que contienen solo la mitad del material genético del gameto original. Así, cada espermatozoide y óvulo posee sólo 23 cromosomas y se combinan para producir los 46 normales.

Cuadro 2.1 - Mitosis y Meiosis 6

Tipo de División Celular	Explicación	Pasos
Mitosis	Todas las células, excepto las utilizadas en la reproducción sexual, son creadas por mitosis	Paso 1. Los cromosomas hacen una copia duplicada Paso 2. Se crean dos celdas idénticas
Meiosis	Las células utilizadas en la reproducción sexual son creadas por la meiosis	Paso 1. Intercambio de genes entre los cromosomas (cruce) Paso 2. Los cromosomas hacen un duplicado Paso 3. Primera división celular Paso 4. Segunda división celular

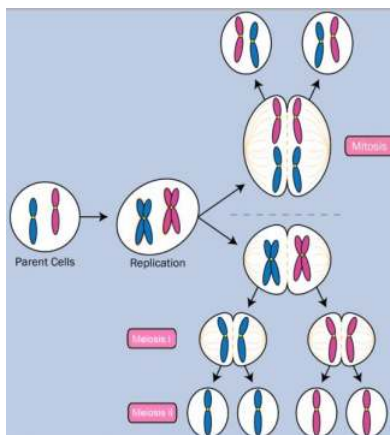


Figura2.1.3: Mitosis y Meiosis. (Imagen de Community College Consortium for Bioscience Credentialences está licenciada bajo CC BY 3.0)

Dada la cantidad de genes presentes y la imprevisibilidad del proceso de meiosis, la probabilidad de tener descendencia genéticamente idéntica (y no gemelos) es de una en billones (Gould y Keeton, 1997).

De los 23 pares de cromosomas creados en la concepción, 22 pares son similares en longitud. Estos se llaman **autosomas**. El par restante, o **cromosomas sexuales**, pueden diferir en longitud. Si un niño recibe la combinación de XY, el niño será genéticamente masculino. Si el niño recibe la combinación XX, el niño será genéticamente femenino.⁸

Aquí hay una imagen (llamada cariograma) de cómo se ven los 23 pares de cromosomas. Observe las diferencias entre los cromosomas sexuales en hembra (XX) y macho (XY).

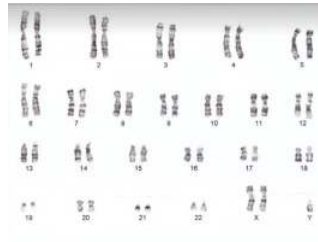


Figura2.1.4: Los 23 pares de cromosomas. (La imagen de Nami-ja es de dominio público)

Genotipos y fenotipos y patrones sobre la herencia

La palabra **genotipo** se refiere a la suma total de todos los genes que hereda una persona. La palabra **fenotipo** se refiere a las características que realmente se expresan. Mírense en el espejo. ¿Qué ves, tu genotipo o tu fenotipo? ¿Qué determina si los genes se expresan o no? Debido a que los genes se heredan en pares en los cromosomas, podemos recibir ya sea la misma versión de un gen de nuestra madre y nuestro padre, es decir, ser **homocigóticos** por esa característica que influye el gen. Si recibimos una versión diferente del gen de cada progenitor, eso se denomina **heterocigótico**.

En la situación homocigótica mostraremos esa característica. Es en la condición heterocigótica donde queda claro que no todos los genes son creados iguales. Algunos genes son **dominantes**, es decir, se expresan en el fenotipo incluso cuando se emparejan con una versión diferente del gen, mientras que a su pareja silenciosa se le llama recesivo. Los genes **recesivos** se expresan solo cuando se emparejan con un gen de versión similar. Los genetistas se refieren a diferentes versiones de un gen como alelos. Algunos rasgos dominantes incluyen tener hoyuelos faciales, cabello rizado, visión normal y cabello oscuro. Algunos rasgos recesivos incluyen el pelo rojo, el miope y el pelo lacio.

La mayoría de las características no son el resultado de un solo gen; son **poligénicas**, es decir, son el resultado de varios genes. Además, los patrones dominantes y recesivos descritos anteriormente tampoco suelen ser tan simples. A veces el gen dominante no suprime completamente al gen recesivo; esto se llama dominancia incompleta.¹⁰

Trastornos Genéticos

La mayoría de los **trastornos genéticos** conocidos están vinculados a genes dominantes; sin embargo, la gran mayoría de los trastornos dominantes vinculados a genes no son graves ni debilitantes. Por ejemplo, la mayoría de las personas con Síndrome de Tourette sufren solo tics menores de vez en cuando y pueden controlar fácilmente sus síntomas. Cuando las enfermedades ligadas a genes dominantes son graves, no tienden a volverse sintomáticas hasta más tarde en la vida. La Enfermedad de Huntington es un trastorno dominante ligado a genes que afecta el sistema nervioso y es fatal, pero que no aparece hasta la mediana edad.

Los trastornos genéticos recesivos, como la fibrosis quística y la anemia falciforme, son menos comunes pero en realidad pueden cobrar más vidas porque es menos probable que se detecten ya que las personas desconocen que son portadoras de la enfermedad.

Algunos trastornos genéticos están vinculados al sexo; el gen defectuoso se encuentra en el cromosoma X. Los machos solo tienen un cromosoma X, por lo que tienen un mayor riesgo de padecer trastornos relacionados con el sexo debido a un gen recesivo como la hemofilia, daltonismo y calvicie. Para que las hembras se vean afectadas por defectos genéticos recesivos, necesitan heredar el gen recesivo en ambos cromosomas X. Pero si el gen defectuoso es dominante, las hembras están igualmente en riesgo.

Aquí hay tablas de algunos trastornos genéticos:

Trastornos Recesivos (Homocigóticos): El individuo hereda un cambio genético de ambos padres. Si el gen se hereda de solo uno de los padres, la persona es portadora y no tiene la afección.

Cuadro 2.2 - Trastornos Recesivos (Homocigóticos) 11

Trastorno	Descripción	Casos por nacimiento
Enfermedad de células falciformes (SCD)	Afección en la que los glóbulos rojos del cuerpo tienen forma de hoz (como la letra C) y afectan la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.	1 de cada 500 nacimientos negros 1 de cada 36 mil nacimientos hispanos
Fibrosis quística	Afección que afecta la respiración y la digestión debido a la acumulación de moco espeso en el cuerpo, especialmente los pulmones y el sistema digestivo. En la CF, el moco es más grueso de lo normal y pegajoso.	1 en 3500
Fenilcetonuria (PKU)	Trastorno metabólico en el que el individuo no puede metabolizar fenilalanina, un aminoácido. Si no se trata, ocurren déficits intelectuales. La PKU se detecta fácilmente y se trata con una dieta especial.	1 en 10,000
Enfermedad de Tay Sachs	Causado por una deficiencia enzimática que resulta en la acumulación de lípidos en las células nerviosas del cerebro. Esta acumulación da como resultado un daño progresivo a las células y una disminución en el desarrollo cognitivo y físico. La muerte suele ocurrir a los cinco años de edad.	1 de cada 4000 1 de cada 30 judíos americanos es un transportista 1 de cada 20 canadienses franceses es un transportista
Albinismo	Cuando el individuo carece de melanina y procesa poco o ningún pigmento en la piel, el cabello y los ojos. También se pueden presentar problemas de visión.	Menos de 20,000 casos estadounidenses por año

Trastornos Autosómicos Dominantes (Heterocigotos): Para tener el trastorno, el individuo solo necesita heredar el cambio genético de uno de los padres.

Cuadro 2.3 - Trastornos Autosómicos Dominantes (Heterocigotos) 12

Trastorno	Descripción	Casos por nacimiento

Trastorno	Descripción	Casos por nacimiento
Enfermedad de Huntington	Afección que afecta el sistema nervioso del individuo. Las células nerviosas se dañan, provocando que diversas partes del cerebro se deterioren. La enfermedad afecta el movimiento, el comportamiento y la cognición. Es fatal, y ocurre a la mediana edad.	1 en 10,000
Síndrome de Tourette	Un trastorno de tic que resulta en tics motores y vocales incontrolables, así como sacudidas corporales	1 en 250
Acondroplasia	La forma más común de baja estatura desproporcionada. El individuo tiene un crecimiento óseo anormal que resulta en baja estatura, brazos y piernas desproporcionadamente cortos, dedos cortos, cabeza grande y rasgos faciales específicos.	1 en 15,000-40,000

Trastornos vinculados al sexo: Cuando el cromosoma X porta el gen mutado, el trastorno se conoce como un trastorno ligado al X. Los machos son más afectados que las hembras porque poseen solo un cromosoma X sin un cromosoma X adicional para contrarrestar el gen dañino.

Cuadro 2.4 - Trastornos vinculados al sexo¹³

Trastorno	Descripción	Casos por nacimiento
Síndrome X Frágil	Ocurre cuando el cuerpo no puede producir suficiente de una proteína que necesita para que el cerebro crezca y pueden ocurrir problemas con el aprendizaje y el comportamiento. El síndrome X frágil es causado por una anomalía en el cromosoma X, que luego se rompe. Si una hembra tiene una X frágil, su segundo cromosoma X suele estar sano, pero los machos con X frágil no tienen un segundo cromosoma X sano. Es por ello que los síntomas del X Frágil suelen ser más graves en los varones.	1 de cada 4000 machos 1 de cada 8000 hembras
Hemofilia	Ocurre cuando hay problemas en la coagulación de la sangre causando hemorragias tanto internas como externas.	1 de cada 10,000 machos

Distrofia Muscular de Duchenne	Un debilitamiento de los músculos que resulta en una incapacidad para moverse, un desgaste y una posible muerte.	1 de cada 3500 machos

Anomalías cromosómicas: Una anomalía cromosómica ocurre cuando un niño hereda demasiados o dos pocos cromosomas. La causa más común de anomalías cromosómicas es la edad de la madre. A medida que la madre envejece, es más probable que el óvulo sufra anomalías debido a la exposición a factores ambientales a largo plazo. En consecuencia, algunos gametos no se dividen de manera uniforme cuando se están formando. Por lo tanto, algunas células tienen más de 46 cromosomas. De hecho, se cree que cerca de la mitad de todos los cigotos tienen un número impar de cromosomas. La mayoría de estos cigotos no se desarrollan y son abortados espontáneamente por el cuerpo de la madre. 14

Aquí hay una tabla de algunos trastornos cromosómicos autosómicos:

Trastornos cromosómicos autosómicos: El individuo hereda demasiados o dos pocos cromosomas.

Cuadro 2.5 - Trastornos Cromosómicos Autosómicos¹⁵

Trastorno	Descripción
Síndrome de Down/Trisomía 21	Causado por un cromosoma 21 extra e incluye una combinación de defectos congénitos. Los individuos afectados tienen algún grado de discapacidad intelectual, rasgos faciales característicos, a menudo defectos cardíacos y otros problemas de salud. La gravedad varía mucho entre los individuos afectados.
Trisomía 9 Mosaicismo	Causado por tener un cromosoma 9 extra en algunas células. La gravedad de los efectos se relaciona con la proporción de células con cromosomas adicionales. Los efectos incluyen restricción del crecimiento fetal que resulta en bajo peso al nacer y múltiples anomalías, incluyendo anomalías faciales, cardíacas, musculoesqueléticas, genitales, renales y respiratorias.
Trisomía 13	Causado por un cromosoma extra 13. Los individuos afectados tienen múltiples defectos congénitos y generalmente mueren en las primeras semanas o meses de vida.
Trisomía 18	Causado por un cromosoma 18 extra y el individuo afectado también presenta múltiples defectos congénitos y muerte prematura.



Figura2.1.5: Niño con Mosaicismo Trisomía 9. (Imagen de Ashley Onken usada con permiso)



Figura2.1.6: Niña con Síndrome XXX. (La imagen es de dominio público)

Cuando la anomalía está en el par 23, el resultado es una anomalía cromosómica ligada al sexo. Esto sucede cuando una persona tiene menos o más de dos cromosomas sexuales. 18

Aquí hay una tabla de algunos trastornos cromosómicos vinculados al sexo:

Cuadro 2.6 - Trastornos cromosómicos vinculados al sexo19

Trastorno	Descripción
Síndrome de Turner (XO)	Causado cuando la totalidad o parte de uno de los cromosomas X se pierde antes o poco después de la concepción debido a un evento aleatorio. El cigoto resultante tiene una composición de XO. El Síndrome de Turner afecta el funcionamiento cognitivo y la maduración sexual en niñas. Se puede notar infertilidad y baja estatura.
Síndrome de Klinefelter (XXY)	Causado cuando un cromosoma X extra está presente en las células de un macho debido a un evento aleatorio. El cromosoma Y estimula el crecimiento de los genitales masculinos, pero el cromosoma X adicional inhibe este desarrollo. El macho puede tener cierto desarrollo mamario, infertilidad y bajos niveles de testosterona.
Síndrome XYY	Causado cuando un cromosoma Y extra está presente en las células de un varón. Hay pocos síntomas. Pueden incluir ser más altos que el promedio, acné y un mayor riesgo de problemas de aprendizaje. Por lo general, la persona es normal, incluida la fertilidad normal.
Síndrome Triple X (XXX)	Causado cuando un cromosoma X extra está presente en las células de una hembra. Puede resultar en ser más alto que el promedio, dificultades de aprendizaje, disminución del tono muscular, convulsiones y problemas renales.

Colaboradores y Atribuciones

2. [Desarrollo de Vida - Módulo 3: Desarrollo Prenatal](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

4. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 40) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

6. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 34) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (contenido modificado: imagen hecha en tabla)
8. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 34-35) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
10. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 35) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
14. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 38) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
18. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 38) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [2.1: Herencia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

2.2: Desarrollo Prenatal

Ahora volvemos nuestra atención al desarrollo prenatal que se divide en tres periodos: El período germinal, el período embrionario y el período fetal. A continuación se presenta una visión general de algunos de los cambios que se producen durante cada periodo.

El Periodo Germinal

El **periodo germinal** (aproximadamente 14 días de duración) dura desde **la concepción** hasta la implantación del óvulo fecundado en el revestimiento del útero. En la eyaculación, millones de espermatozoides son liberados en la vagina, pero solo unos pocos llegan al óvulo y normalmente solo uno fertiliza el óvulo. Una vez que un solo espermatozoide ha entrado en la pared del óvulo, la pared se vuelve dura y evita que otros espermatozoides entren. Después de que el esperma ha entrado en el óvulo, la cola del esperma se rompe y la cabeza del esperma, que contiene la información genética del padre, se une con el núcleo del óvulo. Por lo general, se fertiliza en la sección superior de la trompa de Falopio y continúa su viaje hacia el útero. Como resultado, se forma una nueva celda. Esta célula, que contiene la información genética combinada de ambos progenitores, se denomina **cigoto**.



Figura2.2.1: Esperma y óvulo al momento de la concepción. (La imagen es de dominio público)

Durante este tiempo, el organismo inicia la división celular a través de la mitosis. Después de cinco días de mitosis, hay 100 células, lo que ahora se llama blastocisto. El blastocisto consiste en un grupo de células tanto interno como externo. El grupo interno de células, o disco embrionario se convertirá en el embrión, mientras que el grupo externo de células, o trofoblasto, se convierte en el sistema de soporte que nutre al organismo en desarrollo. Esta etapa termina cuando el blastocisto se implanta completamente en la pared uterina (Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, 2015).

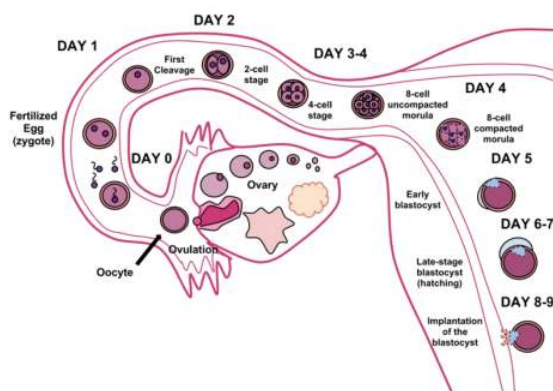


Figura2.2.2: El ciclo de fertilización. (La imagen de Ttrue12 está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

La mitosis es un proceso frágil y menos de la mitad de todos los cigotos sobreviven más allá de las dos primeras semanas (Hall, 2004). Algunas de las razones de esto incluyen: el óvulo y el esperma no se unen adecuadamente, por lo que su material genético no se combina, hay muy poco material genético o dañado, el cigoto no se replica, o el blastocisto no se implanta en la pared uterina. La tasa de fracaso es mayor para las concepciones in vitro. La siguiente figura ilustra el recorrido de los óvulos desde su liberación hasta su fertilización, duplicación celular e implantación en el revestimiento uterino. 22

El Periodo Embrionario

A partir de la tercera semana, el blastocisto se ha implantado en la pared uterina. Al momento de la implantación este organismo multicelular se llama **embrión**. Ahora los vasos sanguíneos crecen formando la placenta. La **placenta** es una estructura conectada al útero que proporciona nutrición y oxígeno desde la madre hasta el embrión en desarrollo a través del cordón umbilical.

Durante este periodo, las células continúan **diferenciándose**. El crecimiento durante el desarrollo prenatal ocurre en dos direcciones principales: de la cabeza a la cola, llamado **desarrollo cefalocaudal** y desde la línea media hacia afuera, denominado **desarrollo proximodistal**. Esto significa que esas estructuras más cercanas a la cabeza se desarrollan antes que las más cercanas a

los pies y aquellas estructuras más cercanas al torso se desarrollan antes que las que se alejan del centro del cuerpo (como las manos y los dedos). Verás que este patrón continúa después del nacimiento.

La cabeza se desarrolla en la cuarta semana y el precursor del corazón comienza a pulsar. En las primeras etapas del período embrionario, son aparentes las agallas y una cola. No obstante, al final de esta etapa desaparecen y el organismo adquiere una apariencia más humana.



Figura2.2.3: Un embrión humano. (La imagen de Anatomist90 está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Alrededor del 20 por ciento de los organismos fallan durante el período embrionario, generalmente debido a anomalías cromosómicas macroscópicas, muchas veces antes de que la madre sepa siquiera que está embarazada. Es durante esta etapa que las principales estructuras del cuerpo están tomando forma, haciendo del período embrionario el momento en que el organismo es más vulnerable a la mayor cantidad de daño si se expone a sustancias nocivas. Las futuras madres a menudo no son conscientes de los riesgos que introducen en el embrión en desarrollo durante este tiempo. El embrión mide aproximadamente 1 pulgada de largo y pesa alrededor de 4 gramos al cabo de ocho semanas. El embrión puede moverse y responder al tacto en este momento. 24

El Período Fetal

Desde la novena semana hasta el nacimiento (que es cuarenta semanas para un embarazo a término), el organismo es referido como **feto**. Durante esta etapa, las principales estructuras continúan desarrollándose. Al tercer mes, el feto tiene todas las partes de su cuerpo incluyendo los genitales externos. El feto mide aproximadamente 3 pulgadas de largo y pesa alrededor de 28 gramos. En las siguientes semanas, el feto desarrollará cabello, uñas, dientes y los sistemas excretor y digestivo continuarán desarrollándose.



Figura2.2.4: Un feto humano. (La imagen de cáustica lunar está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Durante los 4º - 6º meses, los ojos se vuelven más sensibles a la luz y se desarrolla la audición. El sistema respiratorio continúa desarrollándose, y reflejos como la succión, la deglución y el hipo, se desarrollan durante el 5to mes. Los ciclos de sueño y vigilia también están presentes en este momento. La primera posibilidad de supervivencia fuera del útero, conocida como la edad de viabilidad, se alcanza aproximadamente a las 24 semanas (Morgan, Goldenberg, & Schulkin, 2008). Muchos practicantes dudan en resucitar antes de las 24 semanas. La mayoría de las neuronas en el cerebro se han desarrollado a las 24 semanas, aunque siguen siendo rudimentarias, y las células gliales o enfermeras que apoyan a las neuronas siguen creciendo. A las 24 semanas el feto puede sentir dolor (Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, 1997).

Entre los 7º y 9º meses, el feto se está preparando principalmente para el nacimiento. Está ejercitando sus músculos y sus pulmones comienzan a expandirse y contraerse. El feto gana alrededor de 5 libras y 7 pulgadas durante este último trimestre del embarazo, y durante el octavo mes, se desarrolla una capa de grasa debajo de la piel. Esta capa de grasa sirve como aislamiento y ayuda al bebé a regular la temperatura corporal después del nacimiento.

Alrededor de las 36 semanas el feto está casi listo para el nacimiento. Pesa alrededor de 6 libras y mide aproximadamente 18.5 pulgadas de largo. Para la semana 37 todos los sistemas de órganos del feto están lo suficientemente desarrollados como para que pueda sobrevivir fuera del útero de la madre sin muchos de los riesgos asociados con el parto prematuro. El feto continúa ganando peso y creciendo en longitud hasta aproximadamente 40 semanas. Para entonces el feto tiene muy poco espacio para moverse y el nacimiento se vuelve inminente. La progresión a través de las etapas se muestra en la siguiente figura. 26



Figura2.2.5: El desarrollo de un feto. (Imagen de CNX Psychology está licenciada bajo CC BY 4.0)

Gemelos Monocigóticos y Dizigóticos

Los gemelos **monocigóticos** o idénticos ocurren cuando un óvulo fertilizado se divide en las dos primeras semanas de desarrollo. El resultado es la creación de dos crías separadas, pero genéticamente idénticas. Es decir, poseen el mismo genotipo y muchas veces el mismo fenotipo. Alrededor de un tercio de los gemelos son gemelos monocigóticos.

A veces, sin embargo, dos óvulos u óvulos son liberados y fertilizados por dos espermatozoides separados. El resultado son gemelos **dizigóticos** o fraternos. Estos dos individuos comparten la misma cantidad de material genético que lo harían dos hijos cualesquiera de la misma madre y padre. En otras palabras, poseen un genotipo y fenotipo diferente.

Las madres mayores tienen más probabilidades de tener gemelos dizigóticos que las madres más jóvenes, y las parejas que usan drogas para la fertilidad también tienen más probabilidades de dar a luz a gemelos dizigóticos 28.



Figura2.2.6: Gemelos Monocigóticos (La imagen es de dominio público)



Figura2.2.7: Gemelos Dicigóticos (Imagen de Jennifer Paris usada con permiso)

Teratógenos

Una buena atención prenatal es esencial para proteger contra la mortalidad materna y fetal/infantil y las complicaciones del parto. El embrión y el feto están en mayor riesgo de sufrir algunos de los problemas más graves durante los primeros tres meses de desarrollo. Desafortunadamente, este es un momento en el que muchas madres desconocen que están embarazadas. Hoy en día, conocemos muchos de los factores que pueden poner en peligro la salud del niño en desarrollo. El estudio de los factores que contribuyen a los defectos congénitos se llama teratología. Los **teratógenos** son factores ambientales que pueden contribuir a los defectos congénitos, e incluyen algunas enfermedades maternas, contaminantes, drogas y alcohol.

Factores que influyen en los riesgos prenatales: Existen varias consideraciones para determinar el tipo y la cantidad de daño que podría resultar de la exposición a un teratógeno en particular (Berger, 2005). Estos incluyen:

- **El momento de la exposición:** Las estructuras en el cuerpo son vulnerables a los daños más severos cuando se están formando. Si se introduce una sustancia durante el periodo crítico de una estructura determinada (tiempo de desarrollo), el daño a esa estructura puede ser mayor. Por ejemplo, las orejas y los brazos alcanzan sus periodos críticos aproximadamente a las 6 semanas después de la concepción. Si una madre expone el embrión a ciertas sustancias durante este periodo, los brazos y las orejas pueden estar malformados. (véase la figura a continuación)
- **La cantidad de exposición:** Algunas sustancias no son dañinas a menos que las cantidades alcancen cierto nivel. El nivel crítico depende en parte del tamaño y metabolismo de la madre.
- **El número de teratógenos:** Los fetos expuestos a múltiples teratógenos suelen tener más problemas que los expuestos a solo uno.
- **Genética:** La composición genética también juega un papel en el impacto que un teratógeno en particular podría tener en el niño. Esto lo sugieren los gemelos fraternos expuestos al mismo ambiente prenatal, pero no experimentan los mismos efectos teratogénicos. La composición genética de la madre también puede tener un efecto; algunas madres pueden ser más resistentes a los efectos teratogénicos que otras.
- **Ser masculino o femenino:** Los machos tienen más probabilidades de sufrir daños por teratógenos que las hembras. Se cree que el cromosoma Y, que contiene menos genes que el X, puede tener un impacto. 31

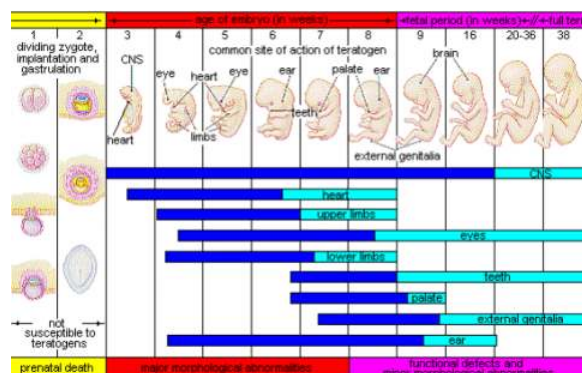


Figura2.2.8: El desarrollo de un embrión en feto. (La imagen de Laura Overstreet está licenciada bajo CC BY-NC-SA 3.0)

Hay cuatro categorías de teratógenos:

1. **Teratógenos físicos:** Estos podrían ser saunas, jacuzzis o infecciones que elevan la temperatura corporal de una mujer embarazada a 102 grados Fahrenheit o más. Esto se asocia con defectos del tubo neural, abortos espontáneos y diversas anomalías cardiovasculares.

2. **Condiciones metabólicas que afectan a las mujeres embarazadas:** Las condiciones metabólicas son anomalías en el proceso químico de producción de energía a partir de los alimentos, y con ello afectan el desarrollo y la función del cuerpo. Si una mujer embarazada está desnutrida, entonces su feto probablemente carece de los nutrientes esenciales para su desarrollo. Estos incluyen: desnutrición, diabetes y trastornos tiroideos.
3. **Infecciones:** Diferentes infecciones maternas, incluyendo el virus de la rubéola, el virus del herpes simple y la sífilis pueden causar anomalías congénitas en los fetos.
4. **Fármacos y productos químicos:** Cuando las hembras embarazadas ingieren o absorben estos, pueden causar una variedad de efectos diferentes según el agente específico, la cantidad de exposición y el momento oportuno. Esta categoría incluye: radiación, metales pesados (incluido el plomo), insecticidas y herbicidas, medicamentos recetados y de venta libre, drogas ilícitas y recreativas, alcohol, cigarrillos, nicotina, cafeína e incluso algunas vitaminas. 33

Si bien hay muchos, muchos teratógenos potenciales, las siguientes tablas analizan los efectos de algunos tipos diferentes de teratógenos. Los riesgos de exposición varían según el estilo de vida y la salud. Los efectos pueden variar mucho dependiendo de los factores mencionados anteriormente. La protección y prevención variarán según el método de exposición.

Tabla2.2.1: Fármacos como teratógenos

Teratógeno	Efectos Potenciales
Cafeína	Las cantidades moderadas de cafeína (200 mg o alrededor de 12 onzas de café) parecen ser seguras durante el embarazo. Algunos estudios han demostrado una relación entre mayores cantidades de cafeína y aborto espontáneo y parto prematuro. ³⁴
Tabaco	El consumo de tabaco se ha asociado con bajo peso al nacer, placenta previa, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, síndrome de muerte súbita del lactante, labio leporino o paladar hendido y problemas de salud posteriores (como hipertensión arterial y diabetes) 35.
Alcohol	No hay una cantidad segura de alcohol que una mujer pueda beber durante el embarazo. El alcohol puede ralentizar el crecimiento del bebé, afectar el cerebro del bebé y causar defectos congénitos, y puede provocar un trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF). Los efectos pueden ser leves a graves. Los niños que nacen con una forma grave de TEAF pueden tener rasgos faciales anormales, discapacidades graves de aprendizaje, problemas de comportamiento y otros problemas. ³⁶
Cocaína	El consumo de cocaína se ha relacionado con bajo peso al nacer, mortinatos, aborto espontáneo, desprendimiento placentario, parto prematuro, aborto espontáneo y síndrome de abstinencia neonatal (la adicción fetal lleva al recién nacido a experimentar abstinencia) . ³⁷
Marihuana	No se ha demostrado que ninguna cantidad de marihuana sea segura de usar durante el embarazo. El uso intensivo se ha asociado con daño cerebral, parto prematuro y mortinata. ³⁸
Heroína	El uso de heroína durante el embarazo puede causar defectos congénitos, desprendimiento placentario, parto prematuro, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal, nacimiento inmóvil y síndrome de muerte súbita del lacto. ³⁹
Medicamentos de venta libre (OTC)	Algunos medicamentos de venta libre son seguros de usar durante el embarazo y otros pueden causar problemas de salud durante el embarazo. Las mujeres embarazadas deben consultar a su proveedor de atención médica antes de usar medicamentos de venta libre. ⁴⁰

Teratógeno	Efectos Potenciales
Medicamentos recetados	Algunos medicamentos recetados pueden causar defectos de nacimiento que cambian la forma o función de una o más partes del cuerpo que pueden afectar la salud general. Las mujeres embarazadas deben consultar a su proveedor de atención médica antes de dejar de continuar o comenzar nuevos medicamentos. ⁴¹
Suplementos herbales o dietéticos	A excepción de algunas vitaminas, poco se sabe sobre el uso de suplementos herbales o dietéticos durante el embarazo. La mayoría de las veces no hay buenos estudios para demostrar si la hierba puede causarle daño a usted o a su bebé. Además, algunas hierbas que son seguras cuando se usan en pequeñas cantidades como alimento pueden ser dañinas cuando se usan en grandes cantidades como medicamentos. ⁴²

Tabla2.2.2: Teratógenos Ambientales

Teratógeno	Efectos Potenciales
Plomo	La exposición a altos niveles de plomo antes y durante el embarazo puede provocar presión arterial alta, problemas con el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y abortos espontáneos. ⁴³
Mercurio	La exposición al mercurio en el útero puede causar daño cerebral y problemas de audición y visión. ⁴⁴
Radiación	La exposición a la radiación durante el embarazo (especialmente entre las 2 y 18 semanas de embarazo) puede ralentizar el crecimiento, causar defectos congénitos, afectar el desarrollo cerebral, causar cáncer y causar abortos espontáneos. ⁴⁵
Solventes	Estos químicos incluyen desengrasantes, diluyentes de pintura, quitamanchas y barnices, pinturas y más La inhalación materna de solventes puede causar exposición fetal que la que puede causar aborto espontáneo, crecimiento fetal lento, parto prematuro y defectos de nacimiento. ⁴⁶

Tabla2.2.3: Infecciones maternas como teratógenos

Teratógeno	Efectos Potenciales
Rubéola	La infección congénita (infectarse mientras está en el útero) puede dañar el desarrollo de los ojos, los oídos, el corazón y el cerebro y provocar sordera. ⁴⁷
Zika	La infección congénita puede causar microcefalia y otras anomalías cerebrales graves. ⁴⁸
Varicela (varicela)	La infección congénita puede causar una forma grave de la infección que afecta los ojos, las extremidades, la piel y el sistema nervioso central. ⁴⁹
Infecciones de transmisión sexual	Infecciones como VIH, gonorrea, sífilis y clamidia pueden transmitirse de la madre durante el embarazo y/o el parto. ⁵⁰

Teratógeno	Efectos Potenciales
Listeria	Las mujeres embarazadas son más susceptibles a esta enfermedad transmitida por los alimentos. La infección congénita puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y sepsis neonatal. 51

Tabla2.2.4: Teratógenos de Animales/Mascotas

Teratógeno	Efectos Potenciales
Toxoplasmosis	Este parásito se puede pasar a través de heces de gato y carne poco cocida (especialmente cerdo, cordero o ciervo se encuentran). Si el feto está infectado, puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, hidrocefalia, macro o microcefalia, problemas de visión y daño al sistema nervioso. ⁵²
Coriomeningitis linfocítica	Este virus es portado por roedores incluyendo ratones, hámsters y conejillos de indias. Si una madre infectada se lo pasa a su feto, puede causar problemas con el desarrollo cerebral, discapacidad neurológica y/o visual a largo plazo y mayores tasas de mortalidad después del nacimiento. ⁵³

Factores maternos

Existen factores adicionales que afectan el desenlace del embarazo tanto para la madre como para el niño. Veamos estos a continuación.



Figura2.2.9: Una mujer embarazada relajándose en una tina. (La imagen de Thomas Pompernigg está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Madres mayores de 35 años

La mayoría de las mujeres mayores de 35 años que quedan embarazadas gozan de buena salud y tienen embarazos saludables. No obstante, según el March of Dimes (2016d), las mujeres mayores de 35 años tienen más probabilidades de tener un mayor riesgo de:

- Problemas de fertilidad
- Presión arterial alta
- Diabetes
- Abortos espontáneos
- Placenta Previa
- Cesárea
- Parto prematuro
- Mutinatalidad
- Un bebé con un trastorno genético u otros defectos congénitos

Debido a que una mujer nace con todos sus óvulos, los teratógenos ambientales pueden afectar la calidad de los óvulos a medida que las mujeres envejecen. Además, el sistema reproductivo de una mujer envejece lo que puede afectar negativamente el

embarazo. Algunas mujeres mayores de 35 años eligen pruebas de detección prenatales especiales, como un análisis de sangre materna, para determinar si hay algún riesgo para la salud del bebé.

Si bien existen preocupaciones médicas asociadas con tener un hijo más adelante en la vida, también hay muchas consecuencias positivas al ser un padre más maduro. Los padres mayores tienen más confianza, menos estresados y, por lo general, están casados, proporcionando estabilidad familiar. Sus hijos se desempeñan mejor en las pruebas de matemáticas y lectura, y son menos propensos a sufrir lesiones o problemas emocionales (Albert, 2013). Las mujeres que optan por esperar suelen estar bien educadas y llevan vidas saludables. Según Gregory (2007), las mujeres mayores son más estables, demuestran un enfoque familiar más fuerte, poseen mayor confianza en sí mismas y tienen más dinero. Tener un hijo más adelante en la carrera equivale a salarios generales más altos. De hecho, por cada año una mujer retrasa la maternidad, gana 9% más en ingresos de por vida. Por último, las mujeres que retrasan tener hijos en realidad viven más tiempo.

Embarazo en la adolescencia

Una madre adolescente tiene un mayor riesgo de tener complicaciones en el embarazo, incluyendo anemia y presión arterial alta. Estos riesgos son aún mayores para los menores de 15 años. Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de ser prematuros y tener bajo peso al nacer u otros problemas de salud graves. Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están completamente desarrollados, lo que puede provocar problemas respiratorios, sangrado en el cerebro, pérdida de visión, problemas intestinales graves y mayor probabilidad de morir. Las razones de estos problemas de salud incluyen que los adolescentes son los menos propensos de todos los grupos de edad a recibir atención prenatal temprana y regular y pueden participar en comportamientos negativos, como comer alimentos poco saludables, fumar, beber alcohol y tomar drogas.

Diabetes Gestacional

Siete por ciento de las mujeres embarazadas desarrollan **diabetes gestacional** (March of Dimes, 2015b). La diabetes es una afección en la que el cuerpo tiene demasiada glucosa en el torrente sanguíneo.



Figura2.2.10: Un kit de diabetes gestacional. (La imagen de Jessica Merz está licenciada bajo CC BY 2.0)

La mayoría de las mujeres embarazadas se someten a pruebas de nivel de glucosa entre las 24 y 28 semanas de embarazo. La diabetes gestacional suele desaparecer después de que la madre da a luz, pero podría indicar un riesgo de desarrollar diabetes más adelante en la vida. Si no se trata, la diabetes gestacional puede causar parto prematuro, muerte fetal, que el bebé tenga problemas respiratorios al nacer, ictericia o bajo nivel de azúcar en la sangre. Los bebés nacidos de madres con diabetes gestacional también pueden ser considerablemente más pesados (más de 9 libras) haciendo más difícil el proceso de parto y parto. Para las mujeres embarazadas, la diabetes gestacional no tratada puede causar preeclampsia (presión arterial alta y signos de que el hígado y los riñones pueden no estar funcionando correctamente) que se discutirá más adelante en el capítulo.

Los factores de riesgo para la diabetes gestacional incluyen la edad (ser mayor de 25 años), tener sobrepeso o aumentar de peso durante el embarazo, antecedentes familiares de diabetes, haber tenido diabetes gestacional con un embarazo anterior y raza y etnia (afroamericano, nativo americano, hispano, asiático o isleño del Pacífico tienen un mayor riesgo). Comer sano y mantener un peso saludable durante el embarazo puede reducir la probabilidad de diabetes gestacional. Las mujeres que ya tienen diabetes y quedan embarazadas necesitan asistir a todas sus visitas de atención prenatal, y seguir los mismos consejos que los de las mujeres con diabetes gestacional ya que el riesgo de preeclampsia, parto prematuro, defectos congénitos y muerte fetal son los mismos.

Presión Arterial Alta (Hipertensión)

La hipertensión es una afección en la que la presión contra la pared de las arterias se vuelve demasiado alta. Existen dos tipos de hipertensión arterial durante el embarazo, gestacional y crónica. La hipertensión gestacional solo ocurre durante el embarazo y desaparece después del nacimiento. La presión arterial alta crónica se refiere a las mujeres que ya tenían hipertensión antes del embarazo o a las que la desarrollaron durante el embarazo y no desapareció después del nacimiento.



Figura2.2.11: Una mujer a la que se le toma la presión arterial. (Imagen de [rawpixel](#) en [Unsplash](#))

Según el March of Dimes (2015c), alrededor de 8 de cada 100 mujeres embarazadas tienen presión arterial alta. La presión arterial alta durante el embarazo puede causar parto prematuro y bajo peso al nacer (menos de cinco libras y media), desprendimiento placentario y las madres pueden desarrollar preeclampsia.

Enfermedad Rh

El Rh es una proteína que se encuentra en la sangre. La mayoría de las personas son Rh positivas, es decir, tienen esta proteína. Algunas personas son Rh negativas, es decir, esta proteína está ausente. Las madres que son Rh negativas están en riesgo de tener un bebé con una forma de anemia llamada enfermedad Rh (March of Dimes, 2009). Un padre que es Rh positivo y una madre que es Rh negativa pueden concebir un bebé que es Rh positivo. Algunas de las células sanguíneas del feto pueden entrar en el torrente sanguíneo de la madre y su sistema inmunológico es incapaz de reconocer el factor Rh.

El sistema inmunitario empieza a producir anticuerpos para combatir lo que piensa que es un invasor foráneo. Una vez que su cuerpo produce inmunidad, los anticuerpos pueden atravesar la placenta y comenzar a destruir los glóbulos rojos del feto en desarrollo. Como este proceso lleva tiempo, muchas veces el primer bebé Rh positivo no se daña, pero como el cuerpo de la madre continuará produciendo anticuerpos contra el factor Rh a lo largo de su vida, los embarazos posteriores pueden representar un mayor riesgo para un bebé Rh positivo. En el recién nacido, la enfermedad Rh puede provocar ictericia, anemia, insuficiencia cardíaca, daño cerebral y muerte.

Aumento de peso durante el embarazo

Según March of Dimes (2016f), durante el embarazo la mayoría de las mujeres necesitan solo 300 calorías adicionales por día para ayudar en el crecimiento del feto. Ganar muy poco o demasiado peso durante el embarazo puede ser dañino. Las mujeres que ganan muy poco pueden tener un bebé de bajo peso al nacer, mientras que las que ganan demasiado probablemente tengan un bebé prematuro o grande. También existe un mayor riesgo de que la madre desarrolle preeclampsia y diabetes, lo que puede causar más problemas durante el embarazo.

La siguiente tabla muestra el aumento de peso saludable durante el embarazo. Ponerse el peso lentamente es lo mejor. Las madres que estén preocupadas por su aumento de peso deben hablar con su proveedor de atención médica.

Tabla2.2.5: Ganancia de peso durante el embarazo

Si tenía un peso saludable antes del embarazo:	Si tenía bajo peso antes del embarazo:	Si tenía sobrepeso antes del embarazo:	Si eras obeso antes del embarazo:
- Ganancia 25-35 libras 1-4 1/2 libras en el 1er trimestre 1 libra por semana en el 2do y 3er trimestres	- Ganancia 28-30 libras 1-4 1/2 libras en el 1er trimestre - Un poco más de 1 libra por semana a partir de entonces	- Ganancia 12-25 libras 1-4 1/2 libras en el 1er trimestre - Un poco más de 1/2 libras por semana en 2do y 3er trimestres	11-20 libras 1-4 1/2 libras en el 1er trimestre - Un poco más de 1/2 libras por semana en 2do y 3er trimestres

Las madres de gemelos o múltiplos de orden superior necesitan ganar más en cada categoría.

Estrés

Sentirse estresado es común durante el embarazo, pero los altos niveles de estrés pueden causar complicaciones como tener un bebé prematuro o un bebé de bajo peso al nacer. Los bebés que nacen temprano o demasiado pequeños tienen un mayor riesgo de tener

problemas de salud. Las hormonas relacionadas con el estrés pueden causar estas complicaciones al afectar el sistema inmunológico de una mujer, lo que resulta en una infección y un parto prematuro. Adicionalmente, algunas mujeres se enfrentan al estrés al fumar, beber alcohol o tomar drogas, lo que puede ocasionar problemas en el embarazo. Los altos niveles de estrés en el embarazo también se han correlacionado con problemas en el desarrollo cerebral del bebé y el funcionamiento del sistema inmunológico, así como con problemas infantiles como dificultad para prestar atención y tener miedo (March of Dimes, 2012b).

Depresión

La depresión es una condición médica importante en la que los sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa y fatiga interfieren con el funcionamiento diario de uno. La depresión puede ocurrir antes, durante o después del embarazo, y 1 de cada 7 mujeres son tratadas por depresión en algún momento entre el año anterior al embarazo y el año posterior al embarazo (March of Dimes, 2015a). Las mujeres que han experimentado depresión anteriormente tienen más probabilidades de tener depresión durante el embarazo. Las consecuencias de la depresión incluyen que el bebé nazca prematuro, tener un bajo peso al nacer, ser más irritable, menos activo, menos atento y tener menos expresiones faciales.

Alrededor del 13% de las mujeres embarazadas toman un antidepresivo durante el embarazo. Es importante que las mujeres que toman antidepresivos durante el embarazo discutan el medicamento con un proveedor de atención médica ya que algunos medicamentos pueden causar daño al organismo en desarrollo.

Impacto Paterno

La edad de los padres en el momento de la concepción también es un factor importante en los riesgos para la salud de los niños. Según Nippoldt (2015), la descendencia de hombres mayores de 40 años enfrenta un mayor riesgo de abortos espontáneos, autismo, defectos congénitos, acondroplasia (trastorno del crecimiento óseo) y esquizofrenia. Se cree que estos mayores riesgos para la salud se deben a aberraciones cromosómicas acumuladas y mutaciones durante la maduración de los espermatozoides en hombres mayores (Bray, Gunnell, & Smith, 2006). Sin embargo, al igual que las mujeres mayores, los riesgos generales son pequeños.

Además, los hombres son más propensos que las mujeres a trabajar en ocupaciones donde se utilizan productos químicos peligrosos, muchos de los cuales tienen efectos teratogénicos o pueden causar mutaciones genéticas (Cordier, 2008). Estos pueden incluir petroquímicos, plomo y pesticidas que pueden causar espermatozoides normales y provocar abortos espontáneos o enfermedades. Los hombres también tienen más probabilidades de ser una fuente de humo de segunda mano para sus crías en desarrollo. Como se señaló anteriormente, fumar por parte de la madre o alrededor de la madre puede obstaculizar el desarrollo prenatal. 57



Figura2.2.12: Un empleado del USDA vertiendo productos químicos peligrosos en un contenedor de almacenamiento. (La imagen de USDA es de dominio público)

Evaluación Prenatal

Se sugieren varias evaluaciones a las mujeres como parte de su atención prenatal de rutina para encontrar afecciones que puedan aumentar el riesgo de complicaciones para la madre y el feto (Eisenberg, Murkoff, & Hathaway, 1996). Estos pueden incluir análisis de sangre y orina y pruebas de detección y diagnóstico de defectos congénitos.



Figura2.2.13: Mujer que recibe una ecografía. (Imagen de MedicalPrudens está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

La ecografía es una de las principales pruebas de detección que se realizan en combinación con análisis de sangre. El ultrasonido es una prueba en la que se utilizan ondas sonoras para examinar al feto. Hay dos tipos generales. Las ecografías transvaginales se utilizan al principio del embarazo, mientras que las ecografías transabdominales son más comunes y se usan después de 10 semanas de embarazo (típicamente, de 16 a 20 semanas).

Los ultrasonidos se utilizan para verificar el feto en busca de defectos o problemas. También puede averiguar la edad del feto, la ubicación de la placenta, la posición fetal, el movimiento, la respiración y la frecuencia cardíaca, la cantidad de líquido amniótico en el útero y el número de fetos. La mayoría de las mujeres tienen al menos una ecografía durante el embarazo, pero si se notan problemas, se pueden recomendar ecografías adicionales.

Cuando es necesario el diagnóstico de un defecto congénito, los ultrasonidos ayudan a guiar las pruebas diagnósticas más invasivas de amniocentesis y muestreo de vellosidades coriónicas. La **amniocentesis** es un procedimiento en el que se usa una aguja para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico y células del saco que rodea al feto y luego se analiza.

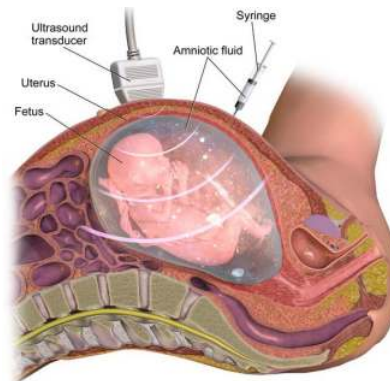


Figura2.2.14: Amniocentesis. (La imagen de BruceBlaus está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

El **muestreo de vellosidades coriónicas** es un procedimiento en el que se toma una pequeña muestra de células de la placenta y se analiza. Tanto la amniocentesis como el muestreo de vellosidades coriónicas tienen riesgo de aborto espontáneo y, en consecuencia, no se realizan de forma rutinaria. 61

Complicaciones del Embarazo

Hay una serie de efectos secundarios comunes del embarazo. No todos experimentan todos estos, ni en la misma medida. Y aunque se les considere “menores”, esto no quiere decir que estos problemas no sean potencialmente muy incómodos. Estos efectos secundarios incluyen náuseas (particularmente durante los primeros 3-4 meses de embarazo como consecuencia de mayores niveles de estrógeno en el sistema), acidez estomacal, gases, hemorroides, dolor de espalda, calambres en las piernas, insomnio, estreñimiento, falta de aliento o venas varicosas (como consecuencia de llevar una carga pesada en el abdomen). Se trata de cuestiones menores.

Pero también hay complicaciones graves del embarazo que pueden suponer riesgos para la salud de la madre y el niño y que a menudo requieren hospitalización.

La **hiperémesis gravídica** se caracteriza por náuseas intensas, vómitos, pérdida de peso y posiblemente deshidratación. Los signos y síntomas también pueden incluir vómitos muchas veces al día y sensación de desmayo. Se desconocen las causas exactas de la hiperémesis gravídica. Los factores de riesgo incluyen el primer embarazo, embarazo múltiple, obesidad, antecedentes previos o familiares de HG, trastorno trofoblástico y antecedentes de trastornos alimentarios. El tratamiento incluye beber líquidos y una dieta suave. Es posible que se requieran medicamentos, líquidos intravenosos y hospitalización. Se estima que la hiperémesis

gravídica afecta 0.3— 2.0% de las mujeres embarazadas. Los afectados tienen un bajo riesgo de aborto espontáneo pero un mayor riesgo de parto prematuro.

El **Embarazo ectópico** ocurre cuando el cigoto se adhiere a la trompa de Falopio antes de llegar al útero. Alrededor de 1 de cada 50 embarazos en Estados Unidos son embarazos tubáricos y este número ha ido en aumento debido a las tasas más altas de enfermedad inflamatoria pélvica y clamidia (Carroll, 2007). Dolor abdominal, sangrado vaginal, náuseas y desmayos son síntomas de embarazo ectópico.



Figura2.2.15: Un embarazo ectópico. (La imagen de Takatakakumi está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/))

El **aborto espontáneo** se experimenta en un estimado del 20-40 por ciento de los embarazos no diagnosticados y en otro 10 por ciento de los embarazos diagnosticados. Por lo general, el cuerpo aborta debido a anomalías cromosómicas, y esto suele ocurrir antes de la semana 12 de embarazo. El resultado de calambres y sangrado y los periodos normales regresan después de varios meses. Algunas mujeres tienen más probabilidades de tener abortos espontáneos repetidos debido a problemas cromosómicos, amnióticos u hormonales, pero el aborto espontáneo también puede ser resultado de espermatozoides defectuosos (Carrell et. al., 2003).

La **preeclampsia**, también conocida como **Toxemia**, se caracteriza por un fuerte aumento de la presión arterial, una fuga de proteína en la orina como resultado de problemas renales e hinchazón de las manos, pies y cara durante el tercer trimestre del embarazo. La preeclampsia es la complicación más común del embarazo. Cuando la preeclampsia causa convulsiones, el padecimiento se conoce como eclampsia, que es la segunda causa principal de muerte materna en Estados Unidos. La preeclampsia también es una de las principales causas de complicaciones fetales, que incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal. El tratamiento suele ser reposo en cama y, a veces, medicación. Si este tratamiento es ineficaz, se puede inducir el parto.

Mortalidad materna: Aproximadamente 1000 mujeres mueren en el parto en todo el mundo cada día (Organización Mundial de la Salud, 2010). Las tasas son más altas en África Subsahariana y Asia del Sur, aunque ha habido una disminución sustancial en estas tasas. La campaña para que el parto sea seguro para todos, ha propiciado el desarrollo de clínicas accesibles para quienes viven en zonas más aisladas y capacitar a más parteras para ayudar en el parto.⁶³

Infertilidad y construcción de familias

Infertilidad

Cuando una pareja no ha logrado concebir un hijo en un año, reciben el diagnóstico de infertilidad. La infertilidad afecta alrededor del 10 al 15 por ciento de las parejas en Estados Unidos (Mayo Clinic, 2015). Los factores masculinos crean infertilidad en aproximadamente un tercio de los casos. Para los hombres, la causa más común es la falta de producción de esperma o baja producción de esperma.

Los factores femeninos causan infertilidad en otro tercio de los casos. Para las mujeres, una de las causas más comunes de infertilidad es la falta de ovulación. Otra causa de infertilidad en las mujeres es la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EID), que es una infección de los órganos reproductivos de una mujer (Carroll, 2007).

Tanto los factores masculinos como femeninos contribuyen al resto de casos de infertilidad. ⁶⁴

Opciones para construir familias

Existen numerosas opciones para perseguir la paternidad y construir familias. Vamos a explorar brevemente algunos de estos.

Tecnología de Reproducción Asistida La tecnología de reproducción asistida (ART) es la tecnología utilizada para lograr el embarazo en procedimientos como la medicación para la fertilidad (para estimular la ovulación), los procedimientos quirúrgicos, la inseminación artificial (IIU), la fecundación in vitro (FIV) y la subrogación. Estas opciones están disponibles

para las personas que están experimentando infertilidad o no pueden concebir hijos de forma natural (que también incluye padres solteros y parejas gay/lesbianas). 65

Inseminación intrauterina: (IIU) como tipo de inseminación artificial implica la colocación de espermatozoides directamente en el útero al momento de la ovulación, ya sea en un ciclo menstrual natural o después de la estimulación ovárica. 66

Fecundación in vitro (FIV): La FIV generalmente comienza con la estimulación de los ovarios para aumentar la producción de óvulos. La mayoría de los medicamentos para la fertilidad son agentes que estimulan el desarrollo de folículos en el ovario. Los ejemplos son las gonadotropinas y la hormona liberadora de gonadotropina. Después de la estimulación, el médico extrae quirúrgicamente uno o más óvulos del ovario, y los une con espermatozoides en un entorno de laboratorio, con la intención de producir uno o más embriones. La fertilización se realiza fuera del cuerpo, y el óvulo fertilizado se reinserta en el tracto reproductivo de la mujer, en un procedimiento llamado transferencia de embriones. 67



Figura2.2.16: El proceso de FIV. (La imagen de Manu5 está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/))

Gametos y embriones de donantes: Las personas también pueden usar espermatozoides, óvulos (óvulos) y embriones de donantes junto con ART. Estas donaciones se realizan a través de agencias y bancos donantes o entre particulares. En Estados Unidos, los donantes pueden ser compensados por sus donaciones.

Subrogación: En la subrogación, una mujer (madre subrogada) lleva un hijo para otra persona/es (persona/pareja encargada), con base en un acuerdo legal antes de la concepción que requiere que el niño sea cedido a la persona/pareja comisionante después del nacimiento. Existen diferentes tipos de subrogación que se relacionan con si los óvulos utilizados para concebir al niño son o no propios (**gestación subrogada tradicional**) o no (**gestación subrogada gestacional**) 69.

Adopción: Las personas también pueden optar por perseguir **la adopción** para construir sus familias (con o sin experimentar infertilidad). La adopción puede realizarse a través del sistema de acogimiento familiar, privado o a través de agencias. Las adopciones pueden ser nacionales (dentro de Estados Unidos) o internacionales. Y pueden ser abiertos (con diferentes cantidades de contacto entre familias biológicas/biológicas y familias adoptivas) o cerradas.

Familia Construida con Subrogación



Figura2.2.17: Esta pareja del mismo sexo utilizó un sustituto. (Foto de Daryn Crawford usada con permiso)

Familia construida a través de la adopción



Figura2.2.18: Esta madre soltera adoptó a su hija. (Foto de Michaela Szidloski usada con permiso)

Colaboradores y Atribuciones

22. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 42-43) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

24. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 43) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

26. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 44-45) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

28. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 36) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

31. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 46-47) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

33. [La Enciclopedia del Proyecto Embrión](#) por Chanapa Tantibanchachai está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

34. [Mantenerse saludable y seguro](#) por OWH es de dominio público

35. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#);

[Mantenerse saludable y seguro](#) por OWH es de dominio público

36. [Mantenerse saludable y seguro](#) por OWH es de dominio público

37. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#);

Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

38. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#);

Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

39. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

40. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

41. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

42. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

43. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

44. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

45. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

46. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>

47. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

48. Protocolos sobre atención prenatal a mujeres embarazadas con infección por Zika y niños con microcefalia: abordaje nutricional por Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz, Malaquias Batista Filho, Maria de Fátima Costa Caminha, y Edvaldo da Silva Souza está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
49. [Síndrome de varicela congénita](#) por WikiDoc está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)
50. [Capítulo 3: Desarrollo Prenatal — Riesgos Ambientales](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, la cual está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)
51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860824/>
52. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>
53. Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos y productos herbarios (n.d.). Recuperado de: <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx>
57. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 52-55) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
61. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
63. [Hiperémesis Gravidarum](#) por Wikipedia está bajo la licencia [CC BY-SA 3.0](#)
- [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 58) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
64. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 57) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
65. [Tecnología de Reproducción Asistida](#) por [Fertilitypedia](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
66. [Inseminación intrauterina](#) por [Fertilitypedia](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
67. [Tecnología de Reproducción Asistida](#) por [Fertilitypedia](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
69. [Subrogación](#) por [Fertilitypedia](#) está bajo licencia [CC BY-SA 4.0](#)

This page titled [2.2: Desarrollo Prenatal](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

2.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Herencia, incluyendo trastornos genéticos y anomalías cromosómicas
- Concepción
- Las etapas germinal, embrionaria y fetal del desarrollo prenatal
- Influencias en el desarrollo prenatal incluyendo teratógenos y factores maternos y paternos
- Complicaciones del embarazo
- Infertilidad y opciones para construir familias

Ahora vamos a explorar el nacimiento y el bebé recién nacido.

This page titled [2.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

3: El nacimiento y el recién nacido

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Comparar y contrastar diferentes métodos de preparación para el parto.
- Describir las etapas del parto vaginal.
- Explique por qué puede ser necesaria la inducción o cesárea.
- Diferenciar los procedimientos comunes para evaluar el estado del recién nacido.
- Examinar los problemas que experimentan los recién nacidos antes, durante y después del nacimiento.

Después de alrededor de 266 días de desarrollarse dentro del útero (para un embarazo a término), viene el arduo proceso del parto. Después del nacimiento, los recién nacidos tienen que regular su propia temperatura corporal, respirar por sí mismos y tomar toda su nutrición a través de la alimentación. Veamos tanto el proceso de nacimiento como algunos atributos del recién nacido.

[3.1: Preparación para el Parto](#)

[3.2: Parto](#)

[3.3: El recién nacido](#)

[3.S: Resumen](#)

Miniaturas: pixabay.com/fotos/baby-slee... y-chica-784608/

This page titled [3: El nacimiento y el recién nacido](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

3.1: Preparación para el Parto

El parto preparado se refiere a estar no sólo en buenas condiciones físicas para ayudar a proporcionar un ambiente saludable para que el bebé se desarrolle, sino también ayudar a las personas a prepararse para aceptar sus nuevos roles como padres. Adicionalmente, los padres pueden recibir información y capacitación que los asistirán para el parto y la vida con el bebé. Cuanto más aprendan los futuros padres sobre el parto y el recién nacido, mejor preparados estarán para el ajuste que deben hacer a una nueva vida.

Enfoques al Parto

Existen muchos enfoques diferentes para el parto que influyen en cómo se preparan los futuros padres. En la siguiente tabla se describen algunos de estos:

Tabla3.1.1: Enfoques al parto ([Desarrollo de la Vida: Una Perspectiva Psicológica](#) (página 59) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#); [Desarrollo de Vida útil - Módulo 3: Desarrollo Prenatal](#) por [Lumen Learning](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Método	Descripción
El Método Lamaze	El énfasis de este método está en enseñar a la mujer a tener el control en el proceso de parto. Incluye aprender la relajación muscular, respirar a través de las contracciones, tener un punto focal (generalmente una imagen para mirar) durante las contracciones y tener una persona de apoyo que pasa por el proceso de entrenamiento con la madre y sirve como entrenador durante el parto.
El Método Leboyer	Este método consiste en dar a luz en una habitación tranquila y poco iluminada y permitir que el recién nacido se acueste sobre el estómago de la madre con el cordón umbilical intacto durante varios minutos mientras se le da un baño tibio.
Método Dick-Read/Método Mongan/Hipn parto	Este método proviene de la sugerencia de que el miedo al parto aumenta la tensión y hace que el proceso de maternidad sea más doloroso. Destaca el uso de la relajación y la respiración adecuada con contracciones así como el apoyo familiar y la educación.
Método Bradley	“El Método Bradley se enfoca en preparar a la madre para un parto natural entrenado por su pareja. Aprenden técnicas para reducir la percepción del dolor y mantenerse relajados. El énfasis está en estar preparado para un parto vaginal sin asistencia sin medicación” 2.
Técnica Alexander	Esta es una técnica que se puede utilizar durante el parto que implica entrenar para detener las reacciones habituales al dolor, como tensar los músculos y aumentar la conciencia consciente y el control sobre la postura y el movimiento. Esto implica poder moverse libremente y mantenerse erguido durante el trabajo de parto y usar un posicionamiento corporal que sea beneficioso para el proceso de trabajo.3
Waterbirth	Implica inmersión en agua tibia. Los defensores creen que este método es seguro y proporciona muchos beneficios tanto para la madre como para el bebé, incluido el alivio del dolor y una experiencia de parto menos traumática para el bebé. Sin embargo, los críticos argumentan que el procedimiento introduce riesgos innecesarios para el lactante, como la infección y la inhalación de agua.4

Método	Descripción
Nacimiento de loto	O no ruptura del cordón umbilical — UCNS, es la práctica de dejar el cordón umbilical sin cortar después del parto para que el bebé quede adherido a la placenta hasta que el cordón se separe naturalmente en el ombligo. Esto suele ocurrir dentro de los 3—10 días después del nacimiento. La práctica se realiza principalmente con fines espirituales de los padres, incluso para la conexión espiritual percibida entre la placenta y el recién nacido. ⁵
Nacimiento Silencioso	A veces conocido como parto tranquilo, es un procedimiento de parto aconsejado por L. Ronald Hubbard y defendido por los científicos en el que “todos los asistentes al parto deben abstenerse de las palabras habladas tanto como sea posible” ⁶ .
Parto Medicado	Los proveedores de atención médica pueden proporcionar alivio del dolor durante el trabajo de parto con diferentes tipos de medicamentos, incluyendo epidurales, bloqueos espinales, epidurales combinados y analgesia sistémica y local. Hay beneficios y efectos secundarios de cada uno. ⁷



Figura3.1.1: Los futuros padres en una clase de preparación para el parto. (La imagen de [liz.schrenk](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-ND 2.0](#))

Elegir la ubicación del parto y quién entregará

La gran mayoría de los nacimientos ocurren en un entorno hospitalario. No obstante, el uno por ciento de las mujeres opta por dar a luz en casa (Martin, Hamilton, Osterman, Curtin, & Mathews, 2015). Las mujeres que tienen bajo riesgo de complicaciones en el parto pueden dar a luz con éxito en casa. Más de la mitad (67%) de los partos a domicilio son realizados por enfermeras parteras certificadas. Las parteras están capacitadas y licenciadas para ayudar en el parto y son mucho menos costosas que el costo de un parto hospitalario. Sin embargo, debido al potencial de una complicación durante el proceso de parto, la mayoría de los profesionales médicos recomiendan que el parto se realice en un hospital. Además de los partos domiciliarios, un tercio de los partos fuera del hospital ocurren en clínicas independientes, centros de parto, en consultorios médicos u otros lugares.

Colaboradores y Atribuciones

- Oberg, Erica (n.d.). *Métodos y Tipos de Parto*. Recuperado de https://www.medicinenet.com/7_childbirth_and_delivery_methods/article.htm#childbirth_and_delivery_methods_and_types_facts.
- Machover, Ilana. (n.d.). *La Técnica Alexander en el Parto Natural*. Recuperado de <https://www.alexandertechnique.com/articles/childbirth/>.
- Nacimiento en el agua por Wikidoc está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)
- Lotus Birth por Wikipedia está bajo la licencia [CC BY-SA 3.0](#)
- Nacimiento Silencioso por Wikipedia está bajo la licencia [CC BY-SA 3.0](#)
- Uso de anestesia epidural y espinal durante el parto: 27-state Reporting Area, 2008 por Michelle J.K. Osterman y Joyce A. Martin es de dominio público

9. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 59) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#); [Desarrollo de vida útil - Módulo 3: Desarrollo prenatal](#) por [Lumen Learning](#) referencias [Psyc 200 Lifespan](#) Psicología por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [3.1: Preparación para el Parto](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

3.2: Parto

Inicio del trabajo de parto

El parto suele ocurrir dentro de una semana de la fecha de parto de una mujer, a menos que la mujer esté embarazada de más de un feto, lo que generalmente hace que entre en el trabajo de parto temprano. A medida que un embarazo avanza a sus últimas semanas, ocurren varios cambios fisiológicos en respuesta a las hormonas que desencadenan el parto.

Una señal común de que el parto está comenzando es el llamado “espectáculo sangriento”. Durante el embarazo, se acumula un tapón de moco en el canal cervical, bloqueando la entrada al útero. Aproximadamente 1—2 días antes del inicio del parto verdadero, este tapón se afloja y se expulsa, junto con una pequeña cantidad de sangre.

A medida que se acerca el parto, la glándula pituitaria de las madres produce oxitocina. Esto comienza a estimular contracciones uterinas más fuertes y dolorosas, que en un bucle de retroalimentación positiva estimulan la secreción de prostaglandinas de las membranas fetales. Al igual que la oxitocina, las prostaglandinas también mejoran la fuerza contráctil uterina. La glándula pituitaria fetal también secreta oxitocina, lo que aumenta aún más las prostaglandinas.

Y el estiramiento del cuello uterino por un feto a término en la posición cabeza abajo se considera como un estimulante de las contracciones uterinas. Combinados, estos estimulan el verdadero parto. 10

Etapas del nacimiento para el parto vaginal

La Primera Etapa

Las contracciones uterinas significan que la primera etapa del trabajo de parto ha comenzado. Estas contracciones pueden durar inicialmente unos 30 segundos y estar espaciadas entre 15 y 20 minutos. Estos aumentan en duración y frecuencia a más de un minuto de duración y aproximadamente de 3 a 4 minutos de distancia. Por lo general, los médicos aconsejan que se les llame cuando se produzcan contracciones cada 5 minutos. Algunas mujeres experimentan falso trabajo de parto o contracciones Braxton-Hicks, especialmente con el primer hijo. Estos pueden ir y venir. Tienden a disminuir cuando la madre comienza a caminar por ahí. Los dolores de parto reales tienden a aumentar con la marcha. En uno de cada 8 embarazos, el saco amniótico o el agua en la que se suspende el feto pueden romperse antes de que comience el parto. En tales casos, el médico puede inducir el parto con el uso de medicamentos si no comienza por sí solo para reducir el riesgo de infección. Normalmente este saco no se rompe hasta las últimas etapas del parto.

La primera etapa del parto suele ser la más larga. Durante esta etapa el cuello uterino o abertura al útero se dilata a 10 centímetros o poco menos de 4 pulgadas. Esto puede tomar alrededor de 12-16 horas para los primeros hijos o alrededor de 6-9 horas para las mujeres que han dado a luz previamente. El trabajo de parto también puede comenzar con una descarga de sangre o líquido amniótico.

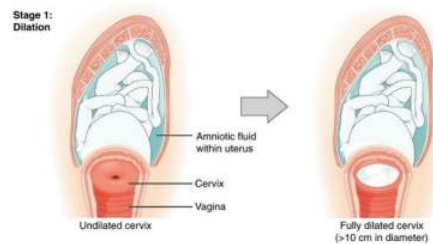


Figura3.2.1: Dilatación cervical temprana. (La imagen de OpenStax está licenciada bajo CC BY 3.0)

La Segunda Etapa

El paso del bebé por el canal de parto es la segunda etapa del parto. Esta etapa dura alrededor de 10-40 minutos. Las contracciones suelen ocurrir cada 2-3 minutos. La madre empuja y relaja según las indicaciones del personal médico. Normalmente la cabeza se entrega primero. Luego se gira al bebé para que pueda pasar un hombro y luego el otro hombro. El resto del bebé pasa rápidamente. En esta etapa, se puede realizar una episiotomía, o incisión realizada en el tejido entre la abertura vaginal y el ano, para evitar desgarrar el tejido de la parte posterior de la abertura vaginal (Mayo Clinic, 2016). Se succiona la boca y la nariz del bebé. El cordón umbilical se sujeta y se corta. 12

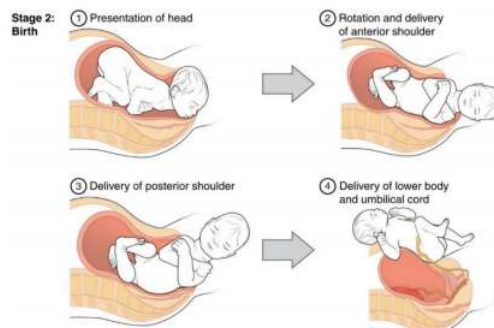


Figure 3.3 - Full dilation and expulsion of the newborn.¹³

Figura3.2.2: Dilatación total y expulsión del recién nacido. (La imagen de OpenStax está licenciada bajo CC BY 3.0)

La Tercera Etapa

La tercera y última etapa del parto es relativamente indolora. Durante esta etapa, se entrega la placenta o la placenta. Esto suele ser dentro de los 20 minutos posteriores al parto. Si se realizó una episiotomía se cosida durante esta etapa. 14

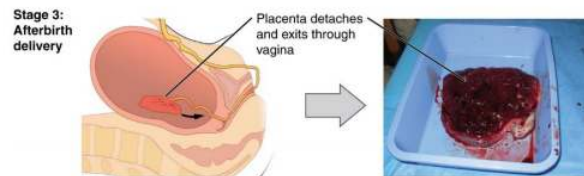


Figura3.2.3: entrega de la placenta y membranas fetales asociadas. (La imagen de OpenStax está licenciada bajo CC BY 3.0)

Consideraciones adicionales

Más del 50% de las mujeres que dan a luz en hospitales usan anestesia epidural durante el parto (American Pregnancy Association, 2015). Un bloqueo epidural es un analgésico regional que se puede utilizar durante el trabajo de parto y alivia la mayor parte del dolor en la parte inferior del cuerpo sin ralentizar el trabajo de parto. El bloqueo epidural se puede utilizar durante el trabajo de parto y tiene poco o ningún efecto en el bebé. La medicación se inyecta en un pequeño espacio fuera de la médula espinal en la parte baja de la espalda. El medicamento tarda de 10 a 20 minutos en surtir efecto. Un bloqueo epidural con medicamentos más fuertes, como los anestésicos, se puede usar poco antes de una cesárea o si un parto vaginal requiere el uso de fórceps o extracción al vacío. 16

Las mujeres que dan a luz también pueden recibir otros analgésicos (aunque los medicamentos administrados por inyección pueden tener efectos secundarios negativos en el bebé). En situaciones de emergencia (como la necesidad de una cesárea), las mujeres pueden recibir anestesia general. También pueden optar por no utilizar ningún medicamento para el dolor. Eso suele denominarse **parto natural**.



Figura3.2.4: Parto natural. (Imagen de U.S. Army Alaska está licenciada bajo CC BY 2.0)

Las mujeres también pueden usar posiciones alternas (incluyendo pararse, ponerse en cuclillas, estar en manos y rodillas, y usar heces para dar a luz) y el parto, e incluso dar a luz en tinas de agua tibia para ayudar a aliviar el dolor del parto.

Intervenciones Médicas en el Parto

A veces las mujeres no pueden entrar en trabajo de parto por su cuenta y/o dar a luz por vía vaginal. Veamos la inducción del trabajo de parto y cesáreas.

A veces es posible que sea necesario inducir la llegada de un bebé antes de que comience el parto de forma natural **La inducción del trabajo de parto** puede recomendarse por diversas razones cuando existe preocupación por la salud de la madre o del bebé. Por ejemplo:

- La madre se acerca a dos semanas después de su fecha de parto y el parto no ha comenzado de forma natural
- El agua de la madre se ha roto, pero las contracciones no han comenzado
- Hay una infección en el útero de la madre
- El bebé ha dejado de crecer al ritmo esperado
- No hay suficiente líquido amniótico alrededor del bebé
- La placenta se desprende, parcial o completamente, de la pared interna del útero antes del parto
- La madre tiene una afección médica que podría poner en riesgo a su bebé, como presión arterial alta o diabetes (Mayo Clinic, 2014).

Una cesárea (cesárea) es una cirugía para dar a luz al bebé al ser extirpado a través del abdomen de la madre. En Estados Unidos, alrededor de una de cada tres mujeres dan a luz a sus bebés de esta manera (Martin et al., 2015). La mayoría de las cesáreas se realizan cuando ocurren problemas durante el parto inesperadamente. Estos pueden incluir:

- Problemas de salud en la madre
- Signos de angustia en el bebé
- No hay suficiente espacio para que el bebé pase por la vagina
- La posición del bebé, como una presentación de nalgas donde la cabeza no está en la posición hacia abajo.



Figura3.2.5: Mujer que recibe cesárea. (La imagen de [Tammra M](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))



Figura3.2.6: Un bebé en parto por cesárea. (Imagen de [Patricia Prudente](#) en [Unsplash](#))

Las cesáreas también son más comunes entre las mujeres que llevan más de un bebé. Aunque la cirugía es relativamente segura para la madre y el bebé, se considera cirugía mayor y conlleva riesgos para la salud. Adicionalmente, también lleva más tiempo recuperarse de una cesárea que del parto vaginal. Después de la cicatrización, la incisión puede dejar un punto débil en la pared del útero. Esto podría ocasionar problemas con un intento de parto vaginal posteriormente. En el pasado, los médicos dudaban en permitir un parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo, ahora más de la mitad de las mujeres que tienen una cesárea pasan a tener un parto vaginal más tarde. 20 Esto se conoce como **parto vaginal después de una cesárea (VBAC)**.

Colaboradores y Atribuciones

10. [28.4 Cambios maternos durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto](#) por Lindsay M. Biga, Sierra Dawson, Amy Harwell, Robin Hopkins, Joel Kaufmann, Mike LeMaster, Philip Matern, Katie Morrison-Graham, Devon Quick y Jon Runyeon tiene licencia bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

12. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

14. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
16. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
20. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 61) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [3.2: Parto](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

3.3: El recién nacido



Figura3.3.1: Una nueva madre sosteniendo a su recién nacido. (Imagen de la [Fuerza Aérea de Estados Unidos](#) es de dominio público)

Evaluación del recién nacido

La **evaluación de Apgar** se realiza un minuto y cinco minutos después del nacimiento. Esta es una forma muy rápida de evaluar el estado general del recién nacido. Se evalúan cinco medidas: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular (evaluado tocando la palma del bebé), respuesta refleja (se prueba el reflejo de Babinski) y color. Se da una puntuación de 0 a 2 en cada característica examinada. Un Apgar de 5 o menos es motivo de preocupación. El segundo Apgar debería indicar mejoría con mayor puntuación.

22

APGAR SCORE					
SCORE	APPEARANCE	PULSE	GRIMACE	ACTIVITY	RESPIRATION
0	Blue all over	No pulse	No response to stimulation	No movement	No respiration
1	Blue extremities	<100 beats/min	Grimace on stimulation	Some flexion	Weak, irregular, slow
2	No blue colouration	>100 beats/min	Cry on stimulation	Flexed limbs that resist extension	Strong cry
≥7 NORMAL 4-6 LOW ≤3 CRITICAL					

Figura3.3.2: La evaluación de Apgar. (Imagen por [Event Medicine Group](#))

Otra forma de evaluar el padecimiento del recién nacido es la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS). Se evalúa el desarrollo motor, el tono muscular y la respuesta al estrés del bebé. Esta herramienta ha sido utilizada en todo el mundo para evaluar aún más al recién nacido, especialmente aquellos con puntuaciones bajas de Apgar, y para hacer comparaciones de infantes en diferentes culturas (Brazelton & Nugent, 1995).

Los recién nacidos también son examinados rutinariamente para detectar diferentes afecciones. Dentro de las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento, los bebés que nacen en hospitales se someten a un simple palo en el talón y se recogen unas gotas de sangre en una tarjeta especial de papel. Los proveedores evalúan esas manchas de sangre seca para detectar una variedad de diferentes trastornos congénitos o afecciones que están presentes cuando nace el bebé. En California, los recién nacidos ahora son examinados para detectar 80 trastornos genéticos y congénitos diferentes.



Figura3.3.3: Un profesional médico que realiza la prueba de stick en el talón. (Imagen de la [Fuerza Aérea de Estados Unidos](#) es de dominio público)

Los recién nacidos también son examinados para detectar trastornos auditivos y ciertos problemas cardíacos graves utilizando métodos distintos de las manchas de sangre seca. 25

Problemas del Recién Nacido

Anoxia

La anoxia es una falta temporal de oxígeno al cerebro. La dificultad durante el parto puede conducir a anoxia que puede resultar en daño cerebral o en casos severos, la muerte. Los bebés que sufren tanto bajo peso al nacer como anoxia tienen más probabilidades de sufrir discapacidades de aprendizaje más adelante en la vida también.

Bajo peso al nacer

Un niño se considera de bajo peso al nacer si pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2500 gramos). Alrededor del 8.2 por ciento de los bebés nacidos en Estados Unidos son de bajo peso al nacer (Center for Disease Control, 2015a). El sesenta y siete por ciento de estos bebés también son prematuros.

Un bebé de bajo peso al nacer tiene dificultades para mantener una temperatura corporal adecuada porque carece de la grasa que de otro modo proporcionaría aislamiento. Tal bebé también tiene más riesgo de infección. Los bebés de muy bajo peso al nacer (2 libras o menos) tienen un mayor riesgo de desarrollar parálisis cerebral. Muchas causas de bajo peso al nacer son prevenibles con una adecuada atención prenatal.

Pretérmino

Un recién nacido también podría tener **bajo peso al nacer** si nace a menos de 37 semanas de gestación, lo que lo califica como **bebé prematuro** (CDC, 2015c). El parto temprano puede ser desencadenado por cualquier cosa que perturbe el sistema de la madre. Por ejemplo, las infecciones vaginales pueden llevar a un parto prematuro porque dicha infección hace que la madre libere químicos antiinflamatorios que, a su vez, pueden desencadenar contracciones. El tabaquismo y el uso de otros teratógenos pueden llevar al parto prematuro. Una consecuencia significativa del parto prematuro incluye el síndrome de dificultad respiratoria, el cual se caracteriza por una respiración débil e irregular (ver la imagen de abajo). Los bebés prematuros a menudo todavía no pueden regular su propia temperatura o alimentarse por lactancia o biberón. Pueden tener problemas para regular su frecuencia cardíaca de manera efectiva y pueden experimentar ictericia. A menudo requieren atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que estén tan sanos como un bebé a término.



Figura3.3.4: un bebé prematuro en CPAP en la UCIN. (Foto de Jennifer Paris usada con permiso)

Bebés pequeños para la fecha

Los bebés que tienen pesos al nacer que están por debajo de las expectativas en función de su edad gestacional se denominan **pequeños para la fecha**. Estos bebés pueden ser a término o prematuros (ver imagen abajo), pero aún pesan menos del 90% de todos los bebés de la misma edad gestacional. Esta es una situación muy grave para los recién nacidos ya que su crecimiento se vio afectado negativamente. Regev et al. (2003) encontraron que los infantes pequeños para la fecha murieron a tasas más de cuatro veces mayores que otros infantes.



Figura3.3.5: Este bebé nació a las 32 semanas y solo pesaba 2 libras y 15 onzas. (Foto de Jennifer Paris usada con permiso)

Postmaduro

Cuando los bebés no nacen antes de las 42 semanas de gestación, o dos semanas después de su fecha de parto, se consideran atrasados o **posmaduros**. Hay algunas preocupaciones sobre cuánto tiempo puede funcionar la placenta y la mayoría de los médicos considerarán la inducción para bebés atrasados.

Mutilborn

Cuando un feto (bebé nonato) muere mientras aún está dentro de la madre (después de 20-24 semanas de gestación) o muere durante el parto (parto). Se dice que el bebé que ha dado a luz nace muerto. Se desconocen las causas de muchos mortinatos, incluso cuando se realizan pruebas especiales para conocer la causa. Las posibles causas incluyen: nicotina, alcohol o drogas tomadas por la madre durante el embarazo, trauma físico, intoxicación por radiación, enfermedad Rh y problemas del cordón umbilical. El número de mortinatos en Estados Unidos es de aproximadamente 1 de cada 115 nacimientos, lo que equivale a unos 26,000 al año, o uno cada 20 minutos. 28

Características de los recién nacidos

Tamaño

El recién nacido promedio en Estados Unidos pesa alrededor de 7.5 libras y mide aproximadamente 20 pulgadas de largo. Durante los primeros días de vida, los bebés suelen perder alrededor del 5 por ciento de su peso corporal ya que eliminan los desechos y se acostumbran a la alimentación. Esto suele pasar desapercibido para la mayoría de los padres, pero puede ser motivo de preocupación para quienes tienen un bebé más pequeño. Esta pérdida de peso es temporal, sin embargo, y va seguida de un rápido periodo de crecimiento.



Figura3.3.6: Un recién nacido siendo pesado. (Imagen de Trei Brundrett está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Proporciones Corporales

La cabeza inicialmente constituye alrededor del 50 por ciento de toda nuestra longitud cuando nos estamos desarrollando en el útero. Al nacer, la cabeza constituye alrededor del 25 por ciento de nuestra longitud (¡piensa en cuánto de tu longitud sería cabeza si las proporciones siguieran siendo las mismas!).

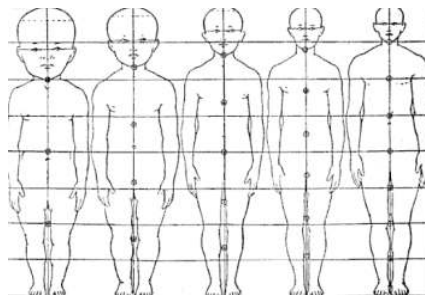


Figura3.3.7: Proporciones corporales desde la infancia hasta la edad adulta. (La imagen es de dominio público)

Desarrollo del Cerebro

Algunos de los cambios físicos más dramáticos que se producen durante este periodo es en el cerebro. Al nacer, el cerebro es alrededor del 25 por ciento de su peso adulto y esto no es cierto para ninguna otra parte del cuerpo. Si bien la mayoría de las 100 a 200 mil millones de neuronas del cerebro están presentes al nacer, no están completamente maduras. Durante los próximos años las dendritas o conexiones entre neuronas sufrirán un periodo de exuberancia transitoria o crecimiento dramático temporal. 31

Apariencia al nacer

Durante el parto y el parto, el cráneo del bebé cambia de forma para encajar a través del canal de parto, lo que a veces provoca que el niño nazca con una cabeza deforme o alargada. Por lo general, volverá a la normalidad por sí solo dentro de unos días o semanas.

Algunos recién nacidos tienen un vello corporal fino y velloso llamado lanugo. Puede ser particularmente notable en la espalda, los hombros, la frente, las orejas y la cara de los bebés prematuros. Lanugo desaparece a las pocas semanas. De igual manera, no todos los infantes nacen con exuberantes cabellos. Algunos pueden ser casi calvos mientras que otros pueden tener un cabello muy fino, casi invisible. Algunos bebés incluso nacen con la cabellera llena. Entre los padres de piel clara, este cabello fino puede ser rubio, aunque los padres no lo sean. El cuadro de la izquierda muestra lanugo sobre los hombros de gemelos recién nacidos.



Figura3.3.8: Lanugo en hombro y espalda de gemelas. (La imagen es de dominio público)



Figura3.3.9: Un bebé recién nacido cubierto de vérnix. (La imagen de [Upsilon Andromedae](#) está licenciada bajo CC BY 2.0)

Inmediatamente después del nacimiento, la piel de un recién nacido suele ser de color grisáceo a azul oscuro. Tan pronto como el recién nacido comienza a respirar, generalmente dentro de uno o dos minutos, el color de la piel vuelve a su tono normal. Los recién nacidos están mojados, cubiertos de vetas de sangre, y recubiertos con una sustancia blanca conocida como **vérnix**, que se cree que actúa como una barrera antibacteriana, que se ve en la imagen de la derecha.

El cuero cabelludo también puede estar temporalmente magullado o hinchado, especialmente en recién nacidos sin pelo, y el área alrededor de los ojos puede estar hinchada.

El recién nacido también puede tener manchas mongoles (marca de nacimiento azul o azul negra en la parte baja de la espalda), varias otras marcas de nacimiento o descamación de la piel, particularmente en las muñecas, manos, tobillos y pies. 34

Los genitales de un recién nacido están agrandados y enrojecidos, y los bebés varones tienen un escroto inusualmente grande. Los senos también pueden estar agrandados, incluso en bebés varones. Esto es causado por hormonas maternas naturales y es una condición temporal.

El cordón umbilical de un recién nacido es de color blanco azulado. Después del nacimiento, normalmente se corta el cordón umbilical, dejando un trozo de 1—2 pulgadas. El trozo umbilical se secará, marchitará, oscurecerá y se caerá espontáneamente en aproximadamente 3 semanas. Ocasionalmente, los hospitales pueden aplicar triple tinte en el trozo umbilical para prevenir la infección, que puede colorear temporalmente el trozo y la piel circundante de color púrpura.



Figura3.3.10: El pinzamiento y corte del cordón umbilical de un recién nacido. (La imagen de NNetHala está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Los recién nacidos pierden rápidamente muchas de las características físicas anteriores. Así los bebés mayores se ven muy diferentes. Si bien los bebés mayores se consideran “lindos”, los recién nacidos pueden ser “poco atractivos” por los mismos criterios y es posible que los padres primerizos necesiten ser educados al respecto 36.

Dormir

Un recién nacido suele dormir aproximadamente 16.5 horas por periodo de 24 horas. El bebé duerme en varios periodos a lo largo del día y de la noche, lo que significa que despiertan a menudo durante el día y la noche. (Salkind, 2005). 37



Figura3.3.11: Un recién nacido mayor. (Imagen de brytny.com en Unsplash)

Reflejos

Los recién nacidos están equipados con una serie de **reflejos**, que son movimientos involuntarios en respuesta a la estimulación. Algunos de los reflejos más comunes, como el reflejo de succión y el reflejo de enraizamiento, son importantes para la alimentación. Los reflejos de agarre y paso a paso son eventualmente reemplazados por comportamientos más voluntarios. Dentro de los primeros meses de vida estos reflejos desaparecen, mientras que otros reflejos, como el parpadeo ocular, la deglución, los estornudos, las arcadas y el reflejo de abstinencia permanecen con nosotros ya que continúan cumpliendo funciones importantes. 39

Capacidades sensoriales

A lo largo de gran parte de la historia, el recién nacido fue considerado un ser pasivo, desorganizado que poseía habilidades mínimas. Sin embargo, las técnicas de investigación actuales han demostrado cuán desarrollado está el recién nacido con habilidades sensoriales y perceptuales especialmente organizadas.

Visión

El útero es un ambiente oscuro sin estimulación visual. En consecuencia, la visión es el sentido más poco desarrollado al nacer y se necesita tiempo para construir esas vías neuronales entre el ojo y el cerebro. Por lo general, los recién nacidos no pueden ver a más de 8 a 16 pulgadas de distancia de sus rostros, y su agudeza visual es de aproximadamente 20/400, lo que significa que un bebé puede ver algo a 20 pies que un adulto con visión normal podría ver a 400 pies. Así, el mundo probablemente se vea borroso para los bebés pequeños.



Figura3.3.12: Un recién nacido contemplando a un padre. (La imagen es de dominio público)

Audiencia

El sentido del oído del lactante es muy agudo al nacer, y la capacidad de escuchar se evidencia tan pronto como el séptimo mes de desarrollo prenatal. De hecho, un lactante puede distinguir entre sonidos muy similares tan pronto como un mes después del nacimiento y puede distinguir entre una voz familiar y una voz poco familiar incluso antes. Los infantes son especialmente sensibles a las frecuencias de los sonidos en el habla humana y prefieren la exageración del habla dirigida por bebés, que se discutirá más adelante. Los recién nacidos también prefieren las voces de su madre sobre otra hembra cuando hablan el mismo material (DeCasper & Fifer, 1980). Adicionalmente, registrarán in utero información específica escuchada por la voz de su madre.

41

Audiencia Temprana

DeCasper y Spence (1986) probaron 16 infantes cuyas madres les habían leído previamente prenatalmente. Las madres leyeron varios pasajes a sus fetos, entre ellos los primeros 28 párrafos de El gato en el sombrero, comenzando cuando tenían 7 meses de embarazo. Los fetos habían estado expuestos a los relatos en promedio 67 veces o 3.5 horas.

Durante la prueba, los infantes pudieron elegir entre grabaciones de dos historias, una de las cuales fue una historia que sus madres les leyeron mientras estaban en el útero, en base a lo rápido que chupaban sus chupones. Mostraron preferencia por las historias que sus madres les leían mientras estaban en el vientre materno. 42



Figura3.3.13: Una colección de libros infantiles. (Imagen de kamil79 en pixabay)

Tacto y dolor

Inmediatamente después del nacimiento, un recién nacido es sensible al tacto y a la temperatura, y también es muy sensible al dolor, respondiendo con llanto y respuestas cardiovasculares (Balaban & Reisenauer, 2013). Los recién nacidos que son circuncidados, que es la extirpación quirúrgica del prepucio del pene, sin anestesia experimentan dolor como lo demuestra el aumento de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la disminución del oxígeno en la sangre y una oleada de hormonas del estrés (United States National Library of Medicine, 2016). La investigación ha demostrado que los infantes que fueron circuncidados sin anestesia experimentaron más dolor y miedo durante las vacunas infantiles de rutina. Afortunadamente, ahora se hacen muchas circuncisiones con el uso de anestésicos locales.

Sabor y Olor

Los estudios del gusto y el olfato demuestran que los bebés responden con diferentes expresiones faciales, sugiriendo que ciertas preferencias son innatas. Los recién nacidos pueden distinguir entre sabores agrios, amargos, dulces y salados y mostrar preferencia por los sabores dulces. Los recién nacidos también prefieren el olor de sus madres. Un bebé de solo 6 días de edad tiene significativamente más probabilidades de volverse hacia la almohadilla mamaria de su propia madre que hacia la almohadilla mamaria de la madre de otro bebé (Porter, Makin, Davis, & Christensen, 1992), y a las pocas horas del nacimiento un bebé también muestra preferencia por el rostro de su propia madre (Bushnell, 2001; Bushnell, Sai, & Mullin, 1989).

Los infantes parecen nacer con la capacidad de percibir el mundo de manera intermodal; es decir, a través de la estimulación desde más de una modalidad sensorial. Por ejemplo, los bebés que chupaban un chupete con una superficie lisa prefirieron mirar modelos

visuales de un chupete con una superficie lisa. Pero aquellos a los que se les dio un chupete con una superficie texturizada prefirieron mirar un modelo visual de un chupete con una superficie texturizada. 44



Figura3.3.14: Un bebé chupando un chupete. (La imagen de Beeki está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

Colaboradores y Atribuciones

- 22. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 63) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- 25. El [cribado del recién nacido](#) es de dominio público; el [Programa de Detección de Recién Nacidos \(NBS\)](#) del Departamento de Salud Pública de California es de dominio público
- 28. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 62-63) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#); La muerte fetal por Wikipedia por Wikipedia está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#)
- 31. [Desarrollo de la vida útil - Capítulo 4: Infancia - Desarrollo físico](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#)
- 34. [Mongolian Spot](#) by Wiktionary está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)
- 36. [Infant](#) by WikiDoc está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)
- 37. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 71) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- 39. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 73) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- 41. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 76-77) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- 42. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 76) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- 44. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (páginas 76-77) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled 3.3: El recién nacido is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

3.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- métodos de preparación del parto
- el proceso de parto (para partos vaginales y cesáreas)
- evaluar la salud del recién nacido
- problemas para el recién nacido
- características de los recién nacidos (incluyendo apariencia, reflejos y habilidades perceptuales)

En los próximos tres capítulos exploraremos más los tres primeros años de vida. Muchos cambios rápidos ocurren durante estos años fundacionales.

This page titled [3.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

4: Desarrollo físico en la infancia y la infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Describir los cambios físicos que ocurren durante los dos primeros años de vida.
2. Identificar reflejos infantiles comunes.
3. Discutir las necesidades de sueño durante los dos primeros años de vida.
4. Resumir la secuencia de habilidades motoras finas y gruesas.
5. Reconocer el desarrollo de las capacidades sensoriales de bebés y niños pequeños.
6. Explicar cómo satisfacer las necesidades nutricionales en evolución de bebés y niños pequeños.

Bienvenidos a la historia del desarrollo desde la infancia hasta la infancia; desde el nacimiento hasta cerca de los dos años de edad. Los investigadores han prestado más atención a esta parte de la vida que a cualquier otro período, tal vez porque los cambios durante este tiempo son tan dramáticos y tan notorios y quizás porque hemos asumido que lo que sucede durante estos años proporciona una base para la vida por venir. Sin embargo, se ha argumentado que la importancia del desarrollo durante estos años ha sido exagerada (Bauer, 1999). Sin embargo, este es el período de la vida en el que los educadores contemporáneos, los proveedores de atención médica y los padres de familia se han centrado más. Examinaremos el crecimiento y la nutrición durante la infancia, así como otros cambios físicos prominentes que se producen durante este tiempo. ¹

[4.1: Cambios físicos rápidos](#)

[4.2: Proporciones del Cuerpo](#)

[4.3: Reflejos](#)

[4.4: Habilidades motoras gruesas](#)

[4.5: Habilidades motoras finas](#)

[4.6: Capacidades sensoriales](#)

[4.7: Nutrición](#)

[4.8: Salud](#)

[4.9: Dormir](#)

[4.S: Resumen](#)

Colaboradores y Attributions

1. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

Miniatura: www.pexels.com/foto/niño-i... n-road-786220/

This page titled [4: Desarrollo físico en la infancia y la infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

4.1: Cambios físicos rápidos

Como se mencionó en el capítulo anterior, el recién nacido promedio en Estados Unidos pesa alrededor de 7.5 libras y mide aproximadamente 20 pulgadas de largo. Después de aproximadamente un 5% de pérdida de peso en los primeros días, hay un periodo de rápido crecimiento. Para cuando un lactante tiene 4 meses de edad, suele duplicar su peso y en un año ha triplicado su peso al nacer. A los 2 años, el peso se ha cuadruplicado. La longitud promedio a un año es de aproximadamente 26-32 pulgadas.³



Figura4.1.1: Un bebé durmiendo. (Imagen de Andrés y Antonieta Ricardo usada con permiso)

Dos hormonas son muy importantes para este proceso de crecimiento. La primera es la [Hormona de Crecimiento Humano](#) (HGH) que influye en todo el crecimiento excepto en el Sistema Nervioso Central (SNC). La hormona que influye en el crecimiento en el SNC se llama **Hormona Estimulante Tiroidea**. Juntas estas hormonas influyen en el crecimiento en la primera infancia.

El sueño es muy importante para el proceso de crecimiento ya que estas hormonas se liberan a medida que los niños duermen cada noche. En consecuencia, los niños necesitan de 11 a 14 horas de sueño de 2 a 6 años de edad. Los padres pueden establecer rituales, como leer un cuento, bañarse, cepillarse los dientes, etc. para ayudar a los niños a relajarse y dormir lo que tanto necesitan.⁴

Colaboradores y Atribuciones

3. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
4. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [4.1: Cambios físicos rápidos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

4.2: Proporciones del Cuerpo

Otro cambio físico dramático que tiene lugar en los primeros años de vida es el cambio en las proporciones corporales. La cabeza inicialmente constituye alrededor del 50 por ciento de toda nuestra longitud cuando nos estamos desarrollando en el útero. Al nacer, la cabeza constituye alrededor del 25 por ciento de nuestra longitud (¡piensa en cuánto de tu longitud sería cabeza si las proporciones siguieran siendo las mismas!). A los 25 años comprende alrededor del 20 por ciento de nuestra longitud. ¡Imagina ahora lo difícil que debe ser levantar la cabeza durante el primer año de vida! Y de hecho, si alguna vez has visto a un bebé de 2 a 4 meses acostado boca abajo tratando de levantar la cabeza, ya sabes cuánto reto es esto. La comparación en este gráfico se introdujo originalmente en el último capítulo.

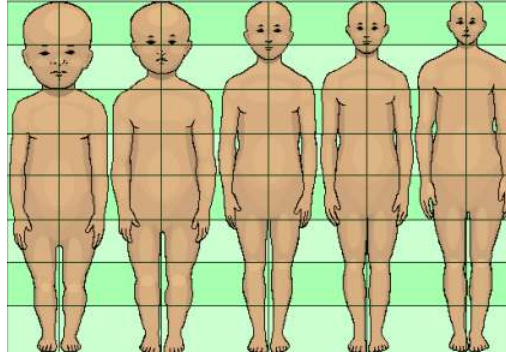


Figura 4.2.1: Se muestra de izquierda a derecha: Proporciones del cuerpo humano al nacer, a los 2 años, a los 6 años, a los 12 años y a los 19 años. (La imagen de Ephert está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

Algunos de los cambios físicos más dramáticos que se producen durante este periodo es en el cerebro. Al nacer, el cerebro es alrededor del 25 por ciento de su peso adulto y esto no es cierto para ninguna otra parte del cuerpo. A los 2 años, es al 75 por ciento su peso adulto, al 95 por ciento a los 6 años y al 100 por ciento a la edad de 7 años.

Si bien la mayoría de los 100 a 200 mil millones de neuronas del cerebro están presentes al nacer, no están completamente maduras y durante los próximos años las **dendritas** o conexiones entre neuronas sufrirán un periodo de exuberancia transitoria o crecimiento dramático temporal.

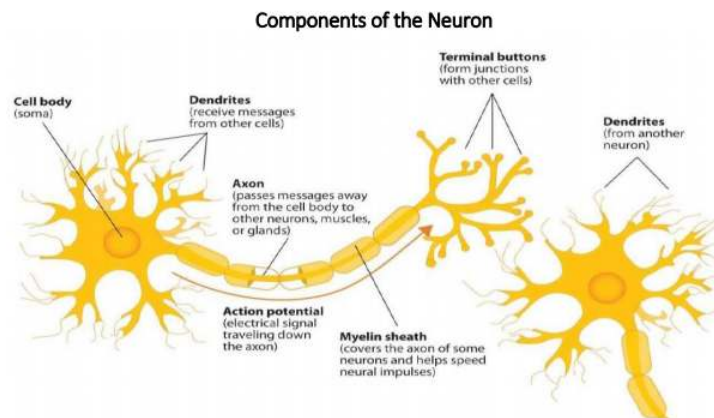


Figura 4.2.2: Componentes de la neurona. (Imagen de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#))

Hay una proliferación de estas dendritas durante los dos primeros años de manera que a los 2 años, una sola neurona podría tener miles de dendritas. Después de este dramático incremento, se eliminarán las vías neuronales que no se utilicen, haciendo que las que se utilicen sean mucho más fuertes.⁸ Debido a esta proliferación de dendritas, a los dos años una sola neurona podría tener miles de dendritas.

La **sinaptogénesis**, o la formación de conexiones entre neuronas, continúa desde el periodo prenatal formando miles de nuevas conexiones durante la infancia y la infancia. Este periodo de rápido crecimiento neural se conoce como **Blooming Sináptico**.⁹ Esta actividad se produce principalmente en la corteza o la delgada cubierta externa del cerebro involucrada en la actividad voluntaria y el pensamiento.

 Resonancia magnética del desarrollo del cerebro humano a 1 semana, 3 meses, 1 año, 2 años y 10 años.

Figura 4.2.3: Resonancia magnética del cerebro humano. (La imagen es de dominio público)

La corteza prefrontal que se encuentra detrás de nuestra frente continúa creciendo y madurando a lo largo de la infancia y experimenta un crecimiento adicional durante la adolescencia. Es la última parte del cerebro en madurar y eventualmente comprenderá el 85 por ciento del peso del cerebro. La experiencia dará forma a cuáles de estas conexiones se mantienen y cuáles de ellas se pierden. En última instancia, alrededor del 40 por ciento de estas conexiones se perderán (Webb, Monk y Nelson, 2001). A medida que la corteza prefrontal madura, el niño es cada vez más capaz de regular o controlar las emociones, planificar la actividad, elaborar estrategias y tener un mejor juicio. Por supuesto, esto no se logra completamente en la infancia y la infancia sino que continúa a lo largo de la infancia y adolescencia.

Otro cambio importante que ocurre en el sistema nervioso central es el desarrollo de mielina, un recubrimiento de tejidos grasos alrededor del axón de la neurona. La mielina ayuda a aislar la célula nerviosa y acelerar la velocidad de transmisión de impulsos de una célula a otra. Esto mejora la construcción de vías neuronales y mejora la coordinación y el control de los procesos de movimiento y pensamiento. El desarrollo de la mielina continúa hasta la adolescencia pero es más dramático durante los primeros años de vida.¹⁰

Colaboradores y Atribuciones

8. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
9. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
10. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [4.2: Proporciones del Cuerpo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

4.3: Reflejos

Los bebés están equipados con una serie de reflejos que son movimientos involuntarios en respuesta a la estimulación. Estos incluyen el reflejo de succión (los bebés chupan objetos que se tocan los labios automáticamente), el reflejo de enraizamiento (que implica girar hacia cualquier objeto que toque la mejilla), el agarre palmar (el bebé agarrará firmemente cualquier objeto colocado en su palma) y el reflejo de baile (evidente cuando el bebé está sostenido en posición de pie y mueve los pies hacia arriba y hacia abajo alternativamente como si bailara). Estos movimientos ocurren automáticamente y son señales de que el lactante está funcionando bien neurológicamente. Dentro de las primeras semanas de vida estos reflejos son reemplazados por movimientos voluntarios o habilidades motoras. 12

Los infantes y los niños crecen y se desarrollan a un ritmo rápido durante los primeros años de vida. El desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas ayuda al niño a pasar de ser un recién nacido completamente dependiente a un niño pequeño que funciona de forma independiente en aproximadamente un lapso de 3 años.

Tabla4.3.1: Algunos reflejos infantiles comunes ([Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) (página 74) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Antoinette Ricardo))

Reflejo	Descripción	Imagen	Reflejo	Descripción	Imagen
Chupando	Chupar cualquier cosa que toque los labios	 Figura4.3.1 (La imagen es de dominio público)	Moro	Un ruido repentino o pérdida de apoyo en la cabeza y el cuello hará que los bebés extiendan sus brazos y piernas y luego contraigan rápidamente las extremidades hacia adentro	 Figura4.3.2 (La imagen es de dominio público)
Enraizamiento	Girar la cabeza cuando se toca la mejilla	 Figura4.3.3 (La imagen es de dominio público)	Tónico Cuello	Al acostarse boca arriba con la cabeza hacia un lado los bebés extenderán el brazo y la pierna en ese lado mientras flexionan las extremidades en el lado opuesto (parece una postura de esgrimista).	 Figura4.3.4 (Imagen de Samuel Finlayson está licenciada bajo CC BY-SA 4.0)
Agarre	Los dedos agarran automáticamente cualquier cosa que toque la palma de la mano	 Figura4.3.5 (Imagen de Raul Luna está licenciada bajo CC BY 2.0)	Pisando	Las piernas se mueven al caminar como movimiento cuando los pies tocan una superficie lisa	 Figura4.3.6 (La imagen es de dominio público)

Reflejo	Descripción	Imagen	Reflejo	Descripción	Imagen
Babinski	Los dedos de los pies se abrirán y se curvarán cuando se acaricie la planta del pie de talón a punta	 Figura4.3.7 (Imagen de Medicus of Borg está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)			

Colaboradores y Atribuciones

12. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

13. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [4.3: Reflejos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

4.4: Habilidades motoras gruesas

Los movimientos voluntarios implican el uso de grandes grupos musculares y suelen ser movimientos grandes de los brazos, piernas, cabeza y torso. Se les conoce como **habilidades motoras gruesas (o habilidades motoras grandes)**. Estas habilidades comienzan a desarrollarse primero. Los ejemplos incluyen moverse para levantar la barbilla cuando está acostado boca abajo, mover el pecho hacia arriba, balancearse de un lado a otro sobre las manos y las rodillas, y luego gatear. Pero también incluye explorar un objeto con los pies que hacen muchos bebés a las 8 semanas de edad si están sentados en un portabebés u otro dispositivo que libere las caderas. Esto puede ser más fácil que alcanzar un objeto con las manos, lo que requiere mucha más práctica (Berk, 2007). ¡Y a veces un infante intentará moverse hacia un objeto mientras se arrastra y sorprendentemente retrocede debido a la mayor cantidad de fuerza en los brazos que en las piernas! Esto también tiende a llevar a los bebés a levantar los muebles, generalmente con el objetivo de alcanzar un objeto deseado. Por lo general, esto también llevará a dar pasos y eventualmente caminar. 22

Hitos Físicos del Motor Bruto

Como se indicó anteriormente, los niños crecen muy rápido y cumplen con hitos físicos rápidamente en los primeros años de vida. A continuación se presenta una tabla de los principales **hitos** (conductas o habilidades físicas observadas en bebés y niños a medida que crecen y se desarrollan que suelen ocurrir dentro del rango normal) que ocurren en los niños durante esos primeros años de formación 23.

Tabla4.4.1: Hitos motores brutos ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 meses	• Puede sostener la cabeza hacia arriba y comienza a empujar hacia arriba cuando está acostado boca abajo • Hace movimientos más suaves con brazos y piernas
4 meses	• Sostiene la cabeza estable, sin soporte • Empuja hacia abajo sobre las piernas cuando los pies están sobre una superficie dura • Puede ser capaz de darse la vuelta de la barriga a la espalda • Trae las manos a la boca • Cuando está acostado boca abajo, empuja hasta los codos
6 meses	• Se da la vuelta en ambas direcciones (de adelante hacia atrás, de atrás a adelante) • Comienza a sentarse sin apoyo • Al estar de pie, soporta el peso en las piernas y puede rebotar • Rocas de ida y vuelta, a veces arrastrándose hacia atrás antes de avanzar
9 meses	• Stands, aferrándose • Puede ponerse en posición sentada • Se sienta sin soporte • Tira para ponerse de pie • Crawls
1 año	• Llega a una posición sentada sin ayuda • Se levanta para pararse, camina aferrándose a los muebles ("cruising") • Puede dar algunos pasos sin aferrarse • Puede estar solo
18 meses	• Pasea solo • Puede subir escalones y correr • Tira de juguetes mientras camina • Puede ayudar a desnudarse

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 años	• Se coloca de puntillas • Patea una pelota • Comienza a correr • Sube y baja de muebles sin ayuda • Camina arriba y abajo escaleras sosteniendo • Lanza la pelota por encima



Figura4.4.1: Un bebé jugando en la arena. (Imagen de Andrés y Antonieta Ricardo usada con permiso)

Colaboradores y Atribuciones

22. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

23. El [registro de hitos del desarrollo](#) de la [Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos](#) es de dominio público

This page titled [4.4: Habilidades motoras gruesas](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

4.5: Habilidades motoras finas

Los movimientos más exactos de los pies, dedos de los pies, manos y dedos se conocen como **habilidades motoras finas** (o habilidades motoras pequeñas). Estos incluyen la capacidad de alcanzar y agarrar un objeto en coordinación con la visión. Los recién nacidos no pueden agarrar objetos voluntariamente sino que agitan sus brazos hacia objetos de interés. Aproximadamente a los 4 meses de edad, el lactante es capaz de alcanzar un objeto, primero con ambos brazos y en pocas semanas, con un solo brazo. Agarrando un objeto implica el uso de los dedos y la palma, pero no pulgares.



Figura4.5.1: Un lactante alimentándose a sí mismo. (La imagen de Matt Preston está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

El uso del pulgar se produce aproximadamente a los 9 meses de edad cuando el bebé es capaz de agarrar un objeto con el dedo índice y el pulgar. Esto se conoce como el **agarre de pinza**. Esta habilidad mejora en gran medida la capacidad de controlar y manipular un objeto y los bebés se deleitan mucho con esta habilidad recién descubierta. Pueden pasar horas recogiendo pequeños objetos del piso y colocándolos en contenedores. Y como esos objetos a menudo van a entrar en la boca, los cuidadores deben estar atentos a mantener los artículos lo suficientemente pequeños como para ser peligros de asfixia fuera del alcance de los dedos mequeños. A los 9 meses, un bebé también puede observar un objeto en movimiento, alcanzarlo a medida que se acerca y lo agarra. Se trata de un conjunto de acciones bastante complicado si recordamos lo difícil que hubiera sido esto apenas unos meses antes. 26

Hitos físicos de la motricidad fina

Si bien las habilidades motoras finas son más lentas de desarrollar (de acuerdo con el desarrollo proximodistal), se logran avances bastante notables en el desarrollo de la motricidad fina durante los dos primeros años. Como se indicó anteriormente, en los primeros años de vida los niños pasan de no tener un control intencional de la motricidad fina a ser capaces de manipular objetos para jugar y aprender, además de comenzar a cuidarse a sí mismos. A continuación se presenta una tabla de los principales hitos en el desarrollo de la motricidad fina.

Tabla4.5.1: Hitos de la Motricidad Fina (Hitos del Desarrollo por los CDC son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 meses	• Agarra reflexivamente • No alcanza objetos • Sostiene las manos en puño
4 meses	• Trae las manos a la boca • Usa las manos y los ojos juntos, como ver un juguete y alcanzarlo • Sigue moviendo las cosas con los ojos de lado a lado • Puede sostener un juguete con toda la mano (agarre palmar) y sacudirlo y balancearse en los juguetes que colgan
6 meses	• Alcanza con ambos brazos • Trae cosas a la boca • Empieza a pasar las cosas de una mano a la otra
9 meses	• Pone las cosas en la boca • Mueve las cosas suavemente de una mano a otra • Recoge cosas entre el pulgar y el índice (agarre de pinza)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
1 año	• Alcanza con una mano • Bangs dos cosas juntas • Pone las cosas en un contenedor, saca las cosas de un contenedor • Deja que las cosas vayan sin ayuda • Empuja con el dedo índice (puntero)
18 meses	• Garabatos por cuenta propia • Puede ayudar a desnudarse • Bebidas de una taza • Come con una cuchara con cierta precisión • Apila 2-4 objetos
2 años	• Construye torres de 4 o más bloques • Podría usar una mano más que la otra • Hace copias de líneas rectas y círculos • Disfruta vertiendo y llenando • Desabotona botones grandes • Descierra cremalleras grandes • Se bebe y se alimenta con más precisión

Colaboradores y Atribuciones

26. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [4.5: Habilidades motoras finas](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

4.6: Capacidades sensoriales

A lo largo de gran parte de la historia, el recién nacido fue considerado un ser pasivo, desorganizado que poseía habilidades mínimas. William James, un psicólogo temprano, había descrito el mundo del recién nacido como “una confusión floreciente y zumbante” (Shaffer, 1985). Sin embargo, las técnicas de investigación actuales han demostrado cuán desarrollado está el recién nacido con habilidades sensoriales y perceptuales especialmente organizadas.

Visión

El útero es un ambiente oscuro sin estimulación visual. En consecuencia, la visión es el sentido más poco desarrollado al nacer y se necesita tiempo para construir esas vías neuronales entre el ojo y el cerebro. Por lo general, los recién nacidos no pueden ver más de 8 a 16 pulgadas de distancia de sus rostros (que es aproximadamente la distancia desde la cara del recién nacido hasta la madre/cuidador cuando un bebé está amamantando o amamantando con biberón). Su agudeza visual es de aproximadamente 20/400, lo que significa que un bebé puede ver algo a 20 pies que un adulto con visión normal podría ver a 400 pies. Así, el mundo probablemente se ve borroso para los bebés pequeños. Debido a su mala agudeza visual, miran más tiempo a los tableros de ajedrez con menos cuadrados grandes que con muchos cuadrados pequeños. Los umbrales de los bebés para ver un patrón visual son más altos que los de los adultos. Por lo tanto, los juguetes para bebés a veces se fabrican con patrones en blanco y negro en lugar de colores pastel porque el mayor contraste entre blanco y negro hace que el patrón sea más visible para el sistema visual inmaduro. Alrededor de los 6 meses, la agudeza visual de los bebés mejora y se aproxima a la agudeza de 20/25 adultos.



Figura4.6.1: Un infante mirando a la persona que los alimenta. (Imagen de Ben_Kerckx en Pixabay)

Al ver la cara de una persona, los recién nacidos no miran los ojos como lo hacen los adultos; más bien, tienden a mirar la barbilla, una parte menos detallada de la cara. Sin embargo, a los 2 o 3 meses, buscarán más detalles al explorar un objeto visualmente y comenzarán a mostrar preferencias por imágenes inusuales sobre las familiares, por patrones sobre sólidos, por caras sobre patrones y por objetos tridimensionales sobre imágenes planas. Los recién nacidos tienen dificultad para distinguir entre colores, pero a los pocos meses, son capaces de discriminar entre colores como lo hacen los adultos. La sensibilidad a las señales de profundidad binocular, que requieren entradas de ambos ojos, es evidente en aproximadamente 3 meses y continúa desarrollándose durante los primeros 6 meses. A los 6 meses, el lactante también puede percibir la percepción de profundidad en las imágenes (Sen, Yonas, & Knill, 2001). Los infantes que tienen experiencia gatear y explorar prestarán mayor atención a las señales visuales de profundidad y modificarán sus acciones en consecuencia (Berk, 2007).

Audiencia

El sentido del oído del lactante es muy agudo al nacer, y la capacidad de escuchar es evidente tan pronto como el séptimo mes de desarrollo prenatal. De hecho, un lactante puede distinguir entre sonidos muy similares tan pronto como un mes después del nacimiento y puede distinguir entre una voz familiar y una voz poco familiar incluso antes. Los infantes son especialmente sensibles a las frecuencias de los sonidos en el habla humana y prefieren la exageración del habla dirigida por bebés, que se discutirá más adelante. Adicionalmente, los infantes están preparados de manera innata para responder a los sonidos de cualquier idioma, pero parte de esta habilidad se perderá a los 7 u 8 meses a medida que el infante se familiarice con los sonidos de un idioma en particular y sea menos sensible a los sonidos que forman parte de un lenguaje desconocido.

Los recién nacidos también prefieren las voces de su madre sobre otra hembra cuando hablan el mismo material (DeCasper & Fifer, 1980). Adicionalmente, registrarán in utero información específica escuchada por la voz de su madre. Quizás recuerdes el estudio El gato en el sombrero presentado en el último capítulo que ilustra esto.

Tacto y dolor

Inmediatamente después del nacimiento, un recién nacido es sensible al tacto y a la temperatura, y también es muy sensible al dolor, respondiendo con llanto y respuestas cardiovasculares (Balaban & Reisenauer, 2013). Los recién nacidos que son **circuncidados**, que es la extirpación quirúrgica del prepucio del pene, sin anestesia experimentan dolor como lo demuestra el aumento de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la disminución del oxígeno en la sangre y una oleada de hormonas del estrés (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2016). La investigación ha demostrado que los infantes que fueron circuncidados sin anestesia experimentaron más dolor y miedo durante las vacunas infantiles de rutina. Afortunadamente, los analgésicos locales ahora se utilizan durante muchas circuncisiones.

Sabor y Olor

Los estudios del gusto y el olfato demuestran que los bebés responden con diferentes expresiones faciales, sugiriendo que ciertas preferencias son innatas. Los recién nacidos pueden distinguir entre sabores agrios, amargos, dulces y salados y mostrar preferencia por los sabores dulces. Los recién nacidos también prefieren el olor de sus madres. Un bebé de solo 6 días de edad tiene significativamente más probabilidades de volverse hacia la almohadilla mamaria de su propia madre que hacia la almohadilla mamaria de la madre de otro bebé (Porter, Makin, Davis, & Christensen, 1992), y a las pocas horas del nacimiento, un bebé también muestra preferencia por el rostro de su propia madre (Bushnell, 2001; Bushnell, Sai, & Mullin, 1989).

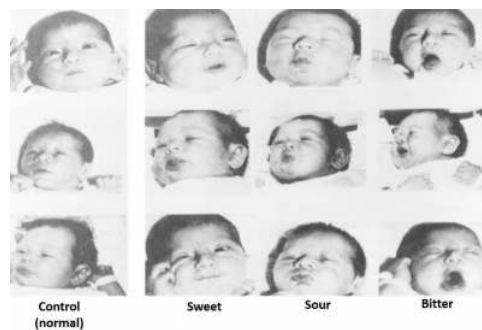


Figura4.6.2: Las respuestas de los infantes a diferentes gustos. (Imagen de Alice Vilela y CC BY 4.0)

Los infantes parecen nacer con la capacidad de percibir el mundo de manera intermodal; es decir, a través de la estimulación desde más de una modalidad sensorial. Por ejemplo, los bebés que chupaban un chupete con una superficie lisa o texturizada prefirieron mirar un modelo visual correspondiente (liso o texturizado) del chupete. A los 4 meses, los bebés pueden hacer coincidir los movimientos de labios con los sonidos del habla y pueden coincidir con otros eventos audiovisuales. Aunque el desarrollo sensorial enfatiza los procesos aferentes utilizados para captar información del ambiente, estos procesos sensoriales pueden verse afectados por el desarrollo de las habilidades motoras del bebé. Alcanzar, gatear y otras acciones permiten al bebé ver, tocar y organizar sus experiencias de nuevas maneras. 30

Colaboradores y Atribuciones

30. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [4.6: Capacidades sensoriales](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

4.7: Nutrición

Las necesidades nutricionales cambian con la edad. Examinemos cómo los cuidadores deben nutrir a los niños durante los primeros años de vida y algunos riesgos para la nutrición que deben conocer.

Lactancia

La leche materna se considera la dieta ideal para los recién nacidos. El **calostro**, la primera leche materna producida durante el embarazo y justo después del nacimiento, ha sido descrita como “oro líquido” (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (USDHHS), 2011). Es muy rico en nutrientes y anticuerpos. La leche materna cambia entre el tercer y quinto día después del nacimiento, volviéndose mucho más delgada, pero conteniendo la cantidad justa de grasa, azúcar, agua y proteínas para apoyar el desarrollo físico y neurológico general. Para la mayoría de los bebés la leche materna también es más fácil de digerir que la fórmula. Los bebés alimentados con fórmula experimentan más diarrea y malestar estomacal. La ausencia de anticuerpos en la fórmula a menudo resulta en una mayor tasa de infecciones de oído e infecciones respiratorias. Los niños que son amamantados tienen tasas más bajas de leucemia infantil, asma, obesidad, diabetes tipo 1 y 2, y un menor riesgo de SMSL. El USDHHS recomienda que las madres amamenten a sus bebés hasta al menos los 6 meses de edad y que la leche materna se use en la dieta durante el primer año o dos.



Figura4.7.1: Una enfermera que ayuda a una nueva madre a amamantar. (La [imagen](#) del [Sistema de Salud Militar](#) es de dominio público)

Beneficios maternos de la lactancia materna

Varios estudios recientes han reportado que no son solo los bebés los que se benefician de la lactancia materna. La lactancia materna estimula las contracciones en el útero de la madre para ayudarla a recuperar su tamaño normal, y las mujeres que amamantan tienen más probabilidades de separar más sus embarazos. Las madres que amamantan tienen menor riesgo de desarrollar cáncer de mama (Islami et al., 2015), especialmente entre los grupos raciales y étnicos de mayor riesgo (Islami et al., 2015; Redondo et al., 2012). Las mujeres que amamantan tienen tasas más bajas de cáncer de ovario (Titus-Ernstoff, Rees, Terry, & Cramer, 2010), menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (Schwarz et al., 2010; Gunderson, et al., 2015) y artritis reumatoide (Karlson, Mandl, Hankinson, & Grodstein, 2004). En la mayoría de los estudios estos beneficios se han observado en mujeres que amamantan más de 6 meses.

Desafíos para la lactancia materna

Sin embargo, la mayoría de las madres que amamantan en Estados Unidos dejan de amamantar alrededor de las 6-8 semanas, a menudo para regresar al trabajo fuera del hogar (USDHHS, 2011). Ciertamente, las madres pueden seguir suministrando leche materna a sus bebés expresando y congelando la leche para ser alimentada con biberón en un momento posterior o estando disponibles para sus bebés en el momento de la alimentación. No obstante, algunas madres encuentran que tras el estímulo inicial que reciben en el hospital para amamantar, el mundo exterior es menos solidario de este tipo de esfuerzos. Algunos lugares de trabajo apoyan a las madres que amamantan al brindar horarios flexibles y dar la bienvenida a los bebés, pero muchos no. Además, no todas las mujeres pueden ser capaces de amamantar. Las mujeres con VIH son rutinariamente desaconsejadas de amamantar ya que la infección puede pasar al lactante. De igual manera, a las mujeres que están tomando ciertos medicamentos o que se someten a radioterapia se les puede decir que no amamenten (USDHHS, 2011).

Costo de la lactancia

Además de los beneficios nutricionales de la lactancia materna, la leche materna no tiene que ser comprada. Cualquiera que haya valorado la fórmula recientemente puede apreciar este incentivo agregado a la lactancia materna. Los precios de un año de fórmula

y suministros de alimentación pueden costar más de \$1,500 (USDHHS, 2011).

Pero también hay quienes desafían la creencia de que la leche materna es gratuita. Para que la leche materna sea completamente beneficiosa para los bebés, las elecciones de vida de la madre afectarán en última instancia la calidad de la nutrición que recibirá un lactante. Consideremos la ingesta nutricional de la madre. La lactancia materna limitará algunas opciones de alimentos y bebidas, así como requerirá una mayor ingesta de opciones más saludables. Un simple viaje por los pasillos de los supermercados le mostrará que las opciones nutritivas y saludables pueden ser más caras que algunas de las opciones más baratas más procesadas. Se debe consumir una gran variedad de verduras y frutas, acompañadas de las proporciones y cantidades adecuadas de los granos integrales, productos lácteos y grupos de alimentos grasos. Adicionalmente, también se recomienda que las madres lactantes tomen vitaminas de manera regular. Eso plantea la cuestión de qué tan libre es realmente la lactancia materna.

Una mirada histórica a la lactancia

El uso de enfermeras mojaditas, o mujeres lactantes contratadas para amamantar a los bebés de otros, durante la edad media finalmente disminuyó y las madres amamantarón cada vez más a sus propios bebés a fines del siglo XIX. A principios del siglo XX, la lactancia materna comenzó a pasar por otro declive. Para la década de 1950, se practicaba con menos frecuencia ya que la fórmula comenzó a verse como superior a la leche materna.

A finales de los años sesenta y setenta, se comenzó a poner mayor énfasis en el parto natural y la lactancia materna y los beneficios de la lactancia materna fueron más ampliamente difundidos. Poco a poco las tasas de lactancia materna comenzaron a subir, particularmente entre las madres educadas de clase media que recibieron los mensajes más fuertes para amamantar.

En la actualidad, las mujeres reciben consulta de especialistas en lactancia antes de ser dadas de alta del hospital para asegurarse de que estén informadas de los beneficios de la lactancia materna y se les brinde apoyo y aliento para que sus infantes se acostumbren a tomar la mama. Esto no siempre sucede de inmediato y las madres primerizas, especialmente, pueden enojarse o desanimarse. En este caso, los especialistas en lactancia y el personal de enfermería pueden alentar a la madre a seguir intentándolo hasta que el bebé y la madre se sientan cómodos con la alimentación. 33

Alternativas a la lactancia

Hay muchas razones por las que las madres luchan por amamantar o no deben amamantar, entre ellas: bajo suministro de leche, cirugías mamarias previas, consumo ilícito de drogas, medicamentos, enfermedades infecciosas y pezones invertidos. Otras madres optan por no amamantar. Algunas razones para esto incluyen: falta de comodidad personal con la enfermería, el compromiso de tiempo de la lactancia, dieta inadecuada o poco saludable, y querer más comodidad y flexibilidad con quién y cuándo se puede alimentar a un lactante. Para estas madres e infantes, la fórmula está disponible. Además de la leche materna, la fórmula infantil es el único otro producto lácteo que la comunidad médica considera nutricionalmente aceptable para bebés menores de un año (a diferencia de la leche de vaca, leche de cabra o fórmula de continuación). Se puede utilizar además de amamantar (suplementar) o como alternativa a la leche materna.

Las fórmulas infantiles más utilizadas contienen suero de leche de vaca purificada y caseína como fuente de proteínas, una mezcla de aceites vegetales como fuente de grasa, lactosa como fuente de carbohidratos, una mezcla de vitaminas y minerales y otros ingredientes según el fabricante. Además, existen fórmulas infantiles que utilizan la soja como fuente de proteínas en lugar de la leche de vaca (principalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña) y fórmulas que utilizan proteínas hidrolizadas en sus aminoácidos componentes para lactantes alérgicos a otras proteínas³⁴.



Figura4.7.2: Un padre que alimenta con biberón a su bebé. (La imagen de Ilya Haykinson está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Un argumento temprano dado para promover la práctica de la lactancia materna fue que promovía el vínculo y el desarrollo emocional saludable de los infantes. No obstante, este no parece ser el caso. Los bebés amamantados y alimentados con biberón se ajustan igualmente bien emocionalmente (Ferguson & Woodward, 1999). Esta es una buena noticia para las madres que pueden no poder amamantar por diversas razones y para los padres que podrían sentirse excluidos.

Cuándo, qué y cómo introducir alimentos sólidos

La Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños sean introducidos a alimentos que no sean la leche materna o la fórmula infantil cuando tengan aproximadamente 6 meses de edad. Cada niño es diferente. Aquí hay algunas señales que muestran que un bebé está listo para alimentos que no sean la leche materna o la fórmula infantil:

- El niño puede sentarse con poco o ningún apoyo.
- El niño tiene buen control de la cabeza.
- El niño abre la boca y se inclina hacia adelante cuando se le ofrece comida.

¿Cómo se deben introducir los alimentos?

La Academia Americana de Pediatría dice que para la mayoría de los niños, los alimentos no necesitan ser dados en cierto orden. Los niños pueden comenzar a comer alimentos sólidos aproximadamente a los 6 meses de edad. Para cuando tengan 7 u 8 meses de edad, los niños pueden comer una variedad de alimentos de diferentes grupos de alimentos. Estos alimentos incluyen cereales infantiles, carne u otras proteínas, frutas, verduras, granos, yogures y quesos, y más.

Si se alimentan con cereales infantiles, es importante ofrecer una variedad de cereales infantiles fortificados como avena, cebada y multigrano en lugar de solo cereal de arroz. La Administración de Alimentos y Medicamentos no recomienda únicamente proporcionar cereal de arroz infantil porque existe el riesgo de que los niños se expongan al arsénico.

A los niños se les debe permitir probar un alimento a la vez al principio y debe haber de 3 a 5 días antes de que se introduzca otro alimento. Esto ayuda a los cuidadores a ver si el niño tiene algún problema con ese alimento, como alergias alimentarias.



Figura4.7.3: Un bebé siendo alimentado con alimentos sólidos. (Imagen de Ben_Kerckx en Pixabay)

Los ocho alimentos alergénicos más comunes son la leche, los huevos, el pescado, los mariscos, los frutos secos, el maní, el trigo y la soja. Ya no se recomienda que los cuidadores retrasen la introducción de estos alimentos a todos los niños, pero si hay antecedentes familiares de alergias alimentarias, se debe consultar al médico o enfermero del niño. 37

Pueden tomar numerosos intentos antes de que un niño gane el gusto por él. Por lo que los cuidadores no deben darse por vencidos si se niega un alimento en la primera oferta.

Patrones de comidas infantiles del USDA

El Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos brinda la siguiente guía para la alimentación diurna de bebés y niños pequeños.

Tabla4.7.1: Patrones de comidas infantiles (Las comidas infantiles por el USDA son de dominio público)

Comida	0-5 meses	6-11 meses
Desayuno	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	6-8 onzas líquidas de leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 onzas de queso; o 0-4 onzas (volumen) de requesón; o 0-4 onzas de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*

Comida	0-5 meses	6-11 meses
Almuerzo o Cena	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	6-8 onzas líquidas de leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 onzas de queso; o 0-4 onzas (volumen) de requesón; o 0-4 onzas de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*
Snack	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	2-4 onzas líquidas de leche materna o fórmula 0-1/2 rebanada de pan; o 0-2 galletas saladas; o 0-4 cucharadas de cereal infantil o cereal listo para comer* 0-2 cucharadas de verduras, frutas o ambos*

*Requerido cuando el bebé está listo para el desarrollo. Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir.

Tabla4.7.2: Patrones de comidas para niños (1-2 años) (Las comidas para niños y adultos por el USDA son de dominio público)

Comida	Edades 1-2
Desayuno	1/2 taza de leche 1/4 taza de verduras, frutas, o ambos 1/2 onzas de granos equivalentes
Almuerzo o Cena	1/2 taza de leche 1 onza alternativa de carne o carne 1/8 taza de verduras 1/8 taza de frutas 1/2 onza equivalente a granos
Snack	Seleccione dos de las siguientes: 1/2 taza de leche 1/2 onza de carne o alternativa de carne 1/2 taza de verduras 1/2 taza de fruta 1/2 onza equivalente de granos

Nota: Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir.

Desnutrición infantil

Puede haber efectos graves para los niños cuando hay deficiencias en su nutrición. Explore algunos tipos de preocupaciones nutricionales.

Desperdiciación

Los niños de los países en desarrollo y los países que atraviesan las duras condiciones de guerra corren el riesgo de sufrir dos tipos principales de desnutrición, también conocidos como emaciación. El **marasmo** infantil se refiere a la inanición por falta de calorías y proteínas. Los niños que no reciben una nutrición adecuada pierden grasa y músculo hasta que sus cuerpos ya no pueden funcionar. Los bebés que son amamantados corren mucho menos riesgo de desnutrición que los que son alimentados con biberón.

Después del destete, los niños que tienen dietas deficientes en proteínas pueden experimentar **kwashiorkor** o la “enfermedad del niño desplazado”, que a menudo ocurre después de que otro niño ha nacido y se hace cargo de la lactancia materna. Esto se traduce en una pérdida de apetito e hinchazón del abdomen ya que el cuerpo comienza a descomponer los órganos vitales como fuente de proteínas.

En todo el mundo las tasas de derroche han ido bajando. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, en 2014 había 50 millones de niños menores de cinco años que experimentaban estas formas de emaciación, y 16 millones se desperdiciaron severamente (UNICEF, 2015). A nivel mundial, estas cifras indican que casi 1 niño de cada 13 padece alguna forma de emaciación. La mayoría de estos niños viven en Asia (34.3 millones) y África (13.9 millones). La emaciación puede ocurrir como resultado de una grave escasez de alimentos, dietas regionales que carecen de ciertas proteínas y vitaminas, o enfermedades infecciosas que inhiben el apetito (Latham, 1997).



Figura4.7.4: Un niño que sufre de emaciación. (La [imagen](#) de los [CDC](#) es de dominio público)

Las consecuencias de la emaciación dependen de qué tan tarde en la progresión de la enfermedad los padres y tutores buscan tratamiento médico para sus hijos. Desafortunadamente, en algunas culturas las familias no buscan tratamiento temprano, y como resultado para cuando un niño es hospitalizado el niño a menudo muere dentro de los tres primeros días posteriores al ingreso (Latham, 1997). Diversos estudios han reportado efectos cognitivos a largo plazo de la desnutrición temprana (Galler&Ramsey, 1989; GallerRamsey, Salt & Archer, 1987; Richardson, 1980), incluso cuando se controlaban los ambientes domésticos (GallerRamsey, Morley, Archer & Salt, 1990). Se han reportado puntuaciones de CI más bajas (Galleret al., 1987), mala atención (Galler&Ramsey, 1989) y problemas conductuales en el aula (Galleret al., 1990) en niños con antecedentes de desnutrición grave en los primeros años de vida 41.

Anemia de leche

Anemia láctea en Estados Unidos: Alrededor de 9 millones de niños en Estados Unidos están desnutridos (Children's Welfare, 1998). Más aún sufren de anemia láctea, padecimiento en el que el consumo de leche lleva a una falta de hierro en la dieta. Esto puede deberse a la práctica de dar leche a los niños pequeños como chupete, al descansar, al montar, al despertar, y así sucesivamente. El apetito disminuye un poco durante la infancia y una pequeña cantidad de leche (especialmente con jarabe de chocolate agregado) puede satisfacer fácilmente el apetito de un niño durante muchas horas. El calcio en la leche también interfiere con la absorción de hierro en la dieta. Muchos preescolares y guarderías dan una bebida a los niños pequeños después de haber terminado su comida para evitar que se estropeen sus apetitos. 42

Fracaso en prosperar

El fracaso para prosperar (ITF) ocurre en niños cuya ingesta nutricional es insuficiente para apoyar el crecimiento normal y el aumento de peso. El ITF suele presentarse antes de los dos años de edad, cuando las tasas de crecimiento son más altas. Los padres pueden expresar preocupación por los hábitos alimenticios exigentes, el bajo aumento de peso o el tamaño más pequeño en comparación con sus compañeros de edad similar. Los médicos suelen identificar el ITF durante las visitas de rutina al consultorio, cuando los parámetros de crecimiento de un niño no están siguiendo adecuadamente las curvas de crecimiento.

El FTT puede ser causado por problemas físicos o mentales dentro del niño (como errores de metabolismo, reflujo ácido, anemia, diarrea, fibrosis quística, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, paladar hendido, corbata de lengua, alergias a la leche, hipertiroidismo, cardiopatía congénita, etc.) También puede ser causada por acciones del cuidador (ambientales), incluyendo incapacidad para producir suficiente leche materna, suministro inadecuado de alimentos, proporcionar un número insuficiente de alimentaciones y descuido. Estas causas también pueden coexistir. Por ejemplo, un niño que no está recibiendo suficiente nutrición puede actuar contenido para que los cuidadores no ofrezcan alimentaciones de suficiente frecuencia o volumen, y un niño con reflujo ácido severo que parece sentir dolor mientras come puede hacer que un cuidador dude en ofrecer suficientes alimentaciones.43

Colaboradores y Atribuciones

33. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
34. La fórmula infantil de Wikipedia está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#)
37. [Cuándo, qué y cómo introducir alimentos sólidos](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
41. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
42. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

43. El fracaso para prosperar por Wikipedia está licenciado bajo CC BY-SA 3.0

This page titled [4.7: Nutrición](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

4.8: Salud

Los infantes dependen de los adultos que los cuidan para promover y proteger su salud. En la siguiente sección se abordan las condiciones físicas comunes que pueden afectar a los bebés, el peligro de sacudir a los bebés y la importancia de las inmunizaciones.

Condiciones físicas comunes y problemas durante la infancia

Algunas condiciones físicas y problemas son muy comunes durante la infancia. Muchos son normales, y los cuidadores del bebé pueden lidiar con ellos si ocurren. En su mayoría, se trata de que los cuidadores conozcan lo que es normal para su bebé y se sientan cómodos con la nueva rutina en el hogar. Los nuevos padres y cuidadores suelen tener preguntas sobre lo siguiente:

- Movimientos intestinales
- Cólico
- Erupción del Pañal
- Espipido/Vómitos
- Dentición
- Micción
- Ictericia

Movimientos intestinales

Las deposiciones de los bebés pasan por muchos cambios de color y consistencia, incluso dentro de los primeros días después del nacimiento. Si bien el color, la consistencia y la frecuencia de las heces variarán, las heces duras o secas pueden indicar deshidratación y el aumento de la frecuencia de heces acuosas puede indicar diarrea.



Figura4.8.1: Un bebé que se cambia el pañal. (La imagen de Kevin Phillips está licenciada bajo CC BY 2.0)

Cólico

Muchos infantes son quisquillosos por las noches, pero si el llanto no se detiene y empeora a lo largo del día o de la noche, puede ser causado por cólicos. Según la Academia Americana de Pediatría, alrededor de una quinta parte de todos los bebés desarrollan cólicos, generalmente comenzando entre las 2 y las 4 semanas de edad. Pueden llorar inconsoladamente o gritar, extender o levantar las piernas, y pasar gas. Sus estómagos pueden estar agrandados. Los hechizos de llanto pueden ocurrir en cualquier momento, aunque a menudo empeoran temprano en la noche.

El cólico probablemente mejorará o desaparecerá a la edad de 3 o 4 meses. No hay una explicación definitiva de por qué algunos infantes contraen cólicos. Los proveedores de atención médica pueden ayudar a garantizar que no haya ninguna razón médica detrás del llanto.

Algunos bebés parecen ser calmados al ser retenidos, mecidos o envueltos cómodamente en una manta. A algunos les gusta un chupete.



Figura4.8.2: Un padre sosteniendo a un lactante llorando. (La imagen de David D está licenciada bajo CC BY 2.0)

Síndrome del bebé sacudido

Aquí hay un PSA del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) *El llanto. Las alimentaciones nocturnas. El pañal cambia. El agotamiento. Si alguna vez has estado cerca de un bebé que no deja de llorar, sabes que hay potencial para frustrarte. Enfócate en calmarte y entienda que es posible que no puedas calmar a tu bebé. No es tu culpa ni la de tu bebé.*⁴⁶

Es normal que los bebés sanos lloren y algunos bebés lloran mucho más que otros. Y no siempre pueden ser consolados y los cuidadores pueden sentirse empujados al límite. Cuando los cuidadores pierden el control y sacuden a un bebé puede tener efectos devastadores.

El síndrome del bebé sacudido (SBS) es una forma grave de abuso físico infantil. El SBS puede ser causado por sacudir vigorosamente a un bebé por los hombros, brazos o piernas. El efecto “latigazo cervical” puede causar hemorragia intracraneal (dentro del cerebro) o intraocular (dentro de los ojos). A menudo no hay traumatismo craneoencefálico externo obvio. Aún así, los niños con SBS pueden mostrar algunos signos externos:

- Cambio en el patrón de sueño o incapacidad para despertarse
- Estado confuso, inquieto o agitado
- Convulsiones o convulsiones
- Pérdida de energía o motivación
- Discurso sordo
- Lloro incontrolable
- Incapacidad para ser consolado
- Incapacidad para alimentar o comer

El SBS puede provocar la muerte, retraso mental o retrasos en el desarrollo, parálisis, disfunción motora severa, espasticidad, ceguera y convulsiones.

¿Quién está en riesgo? Los niños pequeños son especialmente vulnerables a este tipo de abusos. Sus cabezas son grandes en comparación con sus cuerpos, y sus músculos del cuello son débiles. Los niños menores de un año están en mayor riesgo, pero se ha reportado SBS en niños de hasta cinco años de edad. Los temblores a menudo ocurren en respuesta a que un bebé llora o tiene un accidente de entrenamiento para ir. El perpetrador tiende a ser masculino y es principalmente el padre biológico o el novio o pareja de la madre. Los cuidadores son responsables de alrededor del 9%-21% de los casos. La explicación que suele dar el cuidador —“Estaba jugando con el bebé” —no empieza a dar cuenta de la gravedad del trauma. Muchas veces también hay antecedentes de maltrato infantil.

¿Se puede prevenir? SBS es completamente prevenible. No obstante, no se sabe si los esfuerzos educativos evitarán efectivamente este tipo de abusos. Se muestran programas de visitas domiciliarias para prevenir el maltrato infantil en general. Debido a que el padre del niño o la pareja de la madre a menudo causan SBS, deben incluirse en los programas de visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias traen recursos comunitarios a las familias en sus hogares. Los profesionales de la salud brindan información, atención médica, apoyo psicológico y otros servicios que pueden ayudar a las personas a ser padres y cuidadores más efectivos.

La línea de fondo

- Sacudir a un bebé puede causar la muerte o daño cerebral permanente. Puede resultar en discapacidad de por vida.
- Las estrategias saludables para tratar con un bebé que llora incluyen:
 - encontrar la razón del llanto
 - verificar si hay signos de enfermedad o incomodidad, como sarpullido del pañal, dentición, ropa ajustada;
 - alimentación o eructos;
 - calmar al bebé frotándose la espalda; balanceándose suavemente; ofreciendo un chupete;
 - cantar o hablar;
 - dar un paseo usando una carriola o una unidad en un asiento para el automóvil debidamente asegurado;
 - o llamar al médico si se sospecha una enfermedad
- Todos los bebés lloran. Los cuidadores a menudo se sienten abrumados por un bebé que llora. Llamar a un amigo, familiar o vecino para recibir apoyo o asistencia le permite al cuidador tomar un descanso de la situación. Si no se dispone de apoyo inmediato, el cuidador podría colocar al bebé en una cuna (asegurándose de que el bebé esté a salvo), cerrar la puerta y verificar cómo está el bebé cada cinco minutos.⁴⁷



Figura4.8.3: Profesionales médicos que atienden a un lactante. (Imagen de la [Fuerza Aérea de Estados Unidos](#) es de dominio público)

Trauma craneal abusivo El síndrome del bebé sacudido es en parte un traumatismo craneoencefálico abusivo (AHT), forma grave de abuso físico infantil que resulta en una lesión en el cerebro de un niño. Esto es importante tener en cuenta porque:

- El trauma craneoencefálico abusivo es una de las principales causas de muertes por abuso físico infantil en niños menores de 5 años en Estados Unidos
- El traumatismo craneoencefálico por abuso representa aproximadamente un tercio de todas las muertes por maltrato infantil.
- El desencadenante más común del trauma craneal abusivo es el llanto inconsolable.
- Los bebés menores de un año corren el mayor riesgo de sufrir lesiones por traumatismo craneoencefálico abusivo.⁴⁹

Dentición

Aunque los recién nacidos generalmente no tienen dientes visibles, los dientes de leche comienzan a aparecer generalmente aproximadamente 6 meses después del nacimiento. Durante los primeros años, los 20 dientes de leche empujarán a través de las encías, y la mayoría de los niños tendrán su juego completo de estos dientes en su lugar a los 3 años.

Los cuatro dientes frontales de un bebé suelen aparecer primero, aproximadamente a los 6 meses de edad, aunque algunos niños no reciben su primer diente hasta los 12-14 meses. A medida que sus dientes atraviesan las encías, algunos bebés se vuelven quisquillosos e irritables; pierden el apetito; o babea más de lo habitual.

La FDA no recomienda medicamentos para adormecer las gomas con un ingrediente llamado benzocaína porque pueden causar una afección potencialmente mortal en niños pequeños. Las formas seguras de alivio incluyen un anillo de dentición frío o frotar suavemente las encías del niño con un dedo limpio.

Espipido/Vómitos

El escupir es una ocurrencia común en los bebés pequeños y generalmente no es un signo de un problema más grave. Pero si un lactante no está subiendo de peso o muestra otros signos de enfermedad, se debe consultar a un proveedor de atención médica.



Figura4.8.4: Un padre sosteniendo a su bebé con un paño protegiendo su hombro de escupirle. (La imagen de [Colin](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Micción

Los bebés orinan con tanta frecuencia como cada 1 a 3 horas o con poca frecuencia como cada 4 a 6 horas. En caso de enfermedad o si el clima es muy caluroso, la producción de orina podría disminuir a la mitad y seguir siendo normal. Si un bebé muestra algún signo de angustia al orinar o si se encuentra sangre en un pañal húmedo, se debe buscar atención médica.

Erupción del Pañal

Un sarpullido en la piel cubierta por un pañal es bastante común. Por lo general, es causada por la irritación de la piel por estar en contacto con las heces y la orina. Puede empeorar durante los episodios de diarrea. La dermatitis del pañal generalmente se puede prevenir con cambios frecuentes de pañal.

Ictericia

La ictericia puede hacer que la piel, los ojos y la boca del bebé se vuelvan de color amarillento. El color amarillo es causado por una acumulación de bilirrubina, sustancia que se produce en el cuerpo durante el proceso normal de descomponer los glóbulos rojos viejos y formar otros nuevos.

Normalmente el hígado elimina la bilirrubina del cuerpo. Pero, para muchos infantes, en los primeros días después del nacimiento, el hígado aún no está funcionando a toda su potencia. Como resultado, el nivel de bilirrubina en la sangre aumenta demasiado, lo que hace que el color del bebé se vuelva ligeramente amarillo, esto es ictericia. Si bien la ictericia es común y no suele ser grave, en algunos casos, los niveles altos de bilirrubina podrían ocasionar lesión cerebral. Todos los bebés con ictericia deben ser atendidos por un proveedor de atención médica. Muchos infantes no necesitan tratamiento. Sus hígados comienzan a ponerse al día rápidamente y comienzan a eliminar la bilirrubina normalmente, generalmente a los pocos días del nacimiento. Para algunos bebés, los proveedores de atención médica recetan fototerapia, un tratamiento con una lámpara especial, para ayudar a descomponer la bilirrubina en sus cuerpos.



Figura4.8.5: Un lactante que recibe tratamiento por ictericia. (Imagen de Andrés y Antonieta Ricardo usada con permiso)

Proteger la salud mediante la inmunización

Una forma en que podemos proteger la salud de un niño (y de quienes lo rodean) es a través de la inmunización. Las vacunas (administradas por inyección) pueden doler un poco... ¡pero las enfermedades que pueden prevenir pueden doler mucho más! Las vacunas de inmunización, o vacunas, son esenciales. Protegen contra cosas como sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, polio, difteria, tétanos y tos ferina (tos ferina). Las vacunas son importantes tanto para adultos como para niños. He aquí por qué.

El sistema inmunológico ayuda al cuerpo humano a combatir los gérmenes produciendo sustancias para combatirlos. Una vez que lo hace, el sistema inmunológico “recuerda” al germen y puede volver a combatirlo. Las vacunas contienen gérmenes que han sido muertos o debilitados. Cuando se administra a una persona sana, la vacuna desencadena que el sistema inmunitario responda y así construya la inmunidad.

Antes de las vacunas, las personas se volvieron inmunes solo al contraer realmente una enfermedad y sobrevivir a ella. Las inmunizaciones son una forma más fácil y menos riesgosa de volverse inmunes.

Las vacunas son la mejor defensa que tenemos contra enfermedades contagiosas graves, prevenibles y a veces mortales. Las vacunas son algunos de los productos médicos más seguros disponibles, pero como cualquier otro producto médico, puede haber riesgos. La información precisa sobre el valor de las vacunas, así como sus posibles efectos secundarios, ayuda a las personas a tomar decisiones informadas sobre la vacunación.



Figura4.8.6: Una enfermera que le da vacunas a un lactante. (Imagen de Maria Immaculata Hospital está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

Posibles efectos secundarios

Las vacunas, como todos los productos médicos, pueden causar efectos secundarios en algunas personas. La mayoría de estos efectos secundarios son menores, como enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección. Lea más para conocer los posibles

efectos secundarios de las vacunas.

Cualquier vacuna puede ocasionar efectos secundarios. En su mayor parte, estos son menores (por ejemplo, dolor en el brazo o fiebre baja) y desaparecen a los pocos días.⁵³ Los efectos secundarios graves después de la vacunación, como una reacción alérgica grave, son muy raros.⁵⁴

Recuerde, las vacunas son monitoreadas continuamente por seguridad, y como cualquier medicamento, las vacunas pueden causar efectos secundarios. Sin embargo, la decisión de no inmunizar a un niño también implica riesgo y podría poner al niño y a otras personas que entran en contacto con él o ella en riesgo de contraer una enfermedad potencialmente mortal.

¿Qué tan bien funcionan las vacunas?

Las vacunas funcionan muy bien. Ningún medicamento es perfecto, por supuesto, pero la mayoría de las vacunas infantiles producen inmunidad alrededor del 90— 100% del tiempo.

¿Y el argumento que hicieron algunas personas de que las vacunas no funcionan tan bien... que las enfermedades estarían desapareciendo solas por una mejor higiene o saneamiento, aunque no hubiera vacunas?

Eso simplemente no es cierto. Ciertamente, una mejor higiene y saneamiento pueden ayudar a prevenir la propagación de enfermedades, pero los gérmenes que causan la enfermedad seguirán estando alrededor, y mientras estén seguirán enfermando a las personas.

Todas las vacunas deben estar autorizadas (aprobadas) por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) antes de ser utilizadas en Estados Unidos, y una vacuna debe pasar por pruebas extensas para demostrar que funciona y que es segura antes de que la FDA la apruebe. Entre estas pruebas se encuentran los ensayos clínicos, que comparan grupos de personas que reciben una vacuna con grupos de personas que obtienen un control. Una vacuna es aprobada solo si la FDA determina que es segura y efectiva para su uso previsto.

Si miras el historial de alguna enfermedad prevenible por vacunación, prácticamente siempre verás que el número de casos de enfermedad comienza a disminuir cuando se licencia una vacuna. Las vacunas son la herramienta más efectiva que tenemos para prevenir enfermedades infecciosas.

Oposición a las vacunas

En 2010, un brote de tos ferina (tos ferina) en California enfermó a 9,143 personas y resultó en 10 muertes infantiles: el peor brote en 63 años (Centers for Disease Control 2011b). Los investigadores, sospechando que la causa principal del brote fue la disminución de la fuerza de las vacunas contra la tos ferina en niños mayores, recomendaron una vacuna de refuerzo para los niños de 11 a 12 años y también para las mujeres embarazadas (Zacharyczuk 2011). La tos ferina más grave para los bebés; uno de cada cinco necesita ser hospitalizado, y como son demasiado jóvenes para la vacuna ellos mismos, es crucial que las personas a su alrededor sean inmunizadas (Centros para el Control de Enfermedades 2011b). Varios estados, entre ellos California, han estado requiriendo el refuerzo de la tos ferina para niños mayores en los últimos años con la esperanza de evitar otro brote.

Pero, ¿qué pasa con las personas que no quieren que sus hijos reciban esta vacuna, o alguna otra? Esa pregunta está en el centro de un debate que lleva años cociendo a fuego lento. Las vacunas son preparaciones biológicas que mejoran la inmunidad contra una determinada enfermedad. Las vacunas han contribuido a la erradicación y debilitamiento de numerosas enfermedades infecciosas, como la viruela, la poliomielitis, las paperas, la varicela y la meningitis.



Figura4.8.7: Estos dos niños pequeños contrajeron polio. (La imagen de los CDC es de dominio público)

Sin embargo, muchas personas expresan preocupación por los posibles efectos secundarios negativos de las vacunas. Estas preocupaciones van desde temores sobre sobrecargar el sistema inmunológico del niño hasta informes polémicos sobre los efectos

secundarios devastadores de las vacunas.⁵⁶

A pesar de que los niños siguen recibiendo varias vacunas hasta su segundo cumpleaños, estas vacunas no sobrecargan el sistema inmunológico. Todos los días, el sistema inmunológico saludable de un bebé combate con éxito miles de antígenos, las partes de los gérmenes que hacen que su sistema inmunológico responda. Incluso si su hijo recibe varias vacunas en un día, las vacunas contienen solo una pequeña cantidad de antígenos en comparación con los antígenos que su bebé encuentra todos los días.

Este es el caso incluso si su hijo recibe vacunas combinadas. Las vacunas combinadas toman dos o más vacunas que podrían ser administradas individualmente y las ponen en una sola inyección. Los niños reciben la misma protección que ellos de las vacunas individuales que se administran por separado, pero con menos inyecciones.⁵⁷

Una mala idea es que la vacuna en sí misma podría causar la enfermedad contra la que se supone que está inmunizando contra.⁵⁸ Las vacunas ayudan a desarrollar la inmunidad imitando una infección, pero esta infección “imitación” no causa enfermedad. En cambio, hace que el sistema inmunológico desarrolle la misma respuesta que a una infección real para que el cuerpo pueda reconocer y combatir la enfermedad prevenible por vacunación en el futuro. En ocasiones, después de recibir una vacuna, la infección de imitación puede ocasionar síntomas menores, como fiebre. Tales síntomas menores son normales y deben esperarse a medida que el cuerpo construye la inmunidad.⁵⁹

Otra preocupación comúnmente circulada es que las vacunas, específicamente la vacuna MMR (MMR significa sarampión, paperas y rubéola), están vinculadas al autismo. La conexión con el autismo ha sido particularmente polémica. En 1998, un médico británico llamado Andrew Wakefield publicó un estudio en la revista Lancet de Gran Bretaña que vinculaba la vacuna MMR con el autismo. El informe recibió mucha atención mediática, lo que provocó que las tasas de inmunización británicas disminuyeran del 91 por ciento en 1997 a casi el 80 por ciento en 2003, acompañadas de un aumento posterior en los casos de sarampión (Devlin 2008). Una investigación prolongada del British Medical Journal demostró que no sólo era inexistente el vínculo en el estudio, sino que el doctor Wakefield había falsificado datos para sustentar sus afirmaciones (CNN 2011). El doctor Wakefield fue desacreditado y despojado de su licencia, pero la duda aún persiste en la mente de muchos padres.

En Estados Unidos, muchos padres todavía creen en el ahora desacreditado vínculo MMR-autismo y se niegan a vacunar a sus hijos. Otros padres optan por no vacunar por diversas razones como creencias religiosas o de salud. En una instancia, un niño cuyos padres optaron por no vacunar regresó a su hogar a Estados Unidos después de un viaje al extranjero; nadie sabía aún que estaba infectado con sarampión.

El niño expuso a 839 personas a la enfermedad y causó 11 casos adicionales de sarampión, todos en otros niños no vacunados, incluido un lactante que tuvo que ser hospitalizado.



Figura4.8.8: Un bebé con sarampión (Imagen de CDC Global está licenciada bajo CC BY 2.0)

Según un estudio publicado en Pediatrics (2010), el brote le costó al sector público 10,376 dólares por caso diagnosticado. El estudio mostró además que la no vacunación intencional de los infectados ocurrió en estudiantes de escuelas privadas, escuelas públicas charter y escuelas públicas en áreas socioeconómicas altas (Sugerman et al. 2010) .⁶¹

El Calendario de Inmunización

La vacunación puntual durante toda la infancia es esencial porque ayuda a proporcionar inmunidad antes de que los niños estén expuestos a enfermedades potencialmente mortales. Las vacunas se prueban para garantizar que sean seguras y efectivas para que los niños las reciban a las edades recomendadas.⁶² Los niños completamente vacunados en Estados Unidos están protegidos contra dieciséis enfermedades potencialmente dañinas. Las enfermedades prevenibles por vacunación pueden ser muy graves, pueden requerir hospitalización o incluso ser mortales, especialmente en bebés y niños pequeños.⁶³

Aquí está el horario de los CDC para garantizar que un niño esté completamente vacunado:

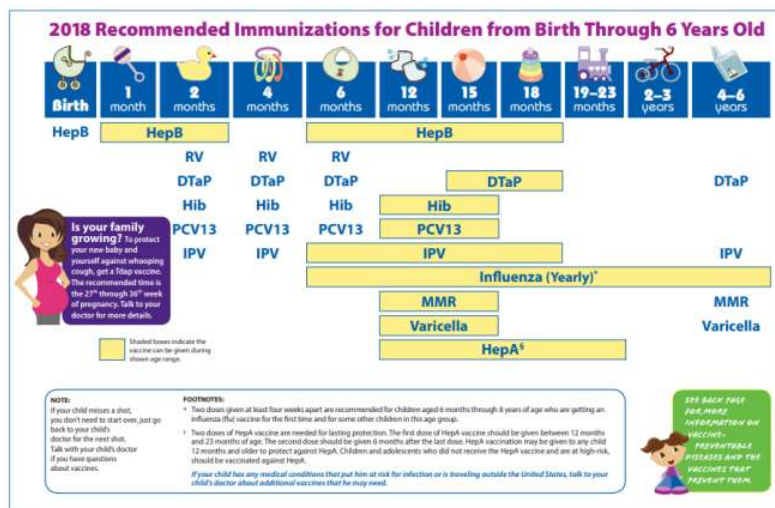


Figura4.8.9: Calendario de inmunización. (La imagen de los CDC es de dominio público)

Vaccine-Preventable Diseases and the Vaccines that Prevent Them

Disease	Vaccine	Disease spread by	Disease symptoms	Disease complications
Chickenpox	Varicella vaccine protects against chickenpox.	Air, direct contact	Rash, tiredness, headache, fever	Infected blisters, bleeding disorders, encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs)
Diphtheria	DTaP* vaccine protects against diphtheria.	Air, direct contact	Sore throat, mild fever, weakness, swollen glands in neck	Swelling of the heart muscle, heart failure, coma, paralysis, death
Hib	Hib vaccine protects against Haemophilus influenzae type b.	Air, direct contact	May be no symptoms unless bacteria enter the blood	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), intellectual disability, epiglottitis (life-threatening infection that can block the windpipe and lead to serious breathing problems), pneumonia (infection in the lungs), death
Hepatitis A	HepA vaccine protects against hepatitis A.	Direct contact, contaminated food or water	May be no symptoms, fever, stomach pain, loss of appetite, fatigue, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), dark urine	Liver failure, arthralgia (joint pain), kidney, pancreatic, and blood disorders
Hepatitis B	HepB vaccine protects against hepatitis B.	Contact with blood or body fluids	May be no symptoms, fever, headache, weakness, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), joint pain	Chronic liver infection, liver failure, liver cancer
Influenza (Flu)	Flu vaccine protects against influenza.	Air, direct contact	Fever, muscle pain, sore throat, cough, extreme fatigue	Pneumonia (infection in the lungs)
Measles	MMR** vaccine protects against measles.	Air, direct contact	Rash, fever, cough, runny nose, pinkeye	Encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs), death
Mumps	MMR** vaccine protects against mumps.	Air, direct contact	Swollen salivary glands (under the jaw), fever, headache, tiredness, muscle pain	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), encephalitis (brain swelling), inflammation of testicles or ovaries, deafness
Pertussis	DTaP* vaccine protects against pertussis (whooping cough).	Air, direct contact	Severe cough, runny nose, apnea (a pause in breathing in infants)	Pneumonia (infection in the lungs), death
Polio	IPV vaccine protects against polio.	Air, direct contact, through the mouth	May be no symptoms, sore throat, fever, nausea, headache	Paralysis, death
Pneumococcal	PCV13 vaccine protects against pneumococcus.	Air, direct contact	May be no symptoms, pneumonia (infection in the lungs)	Bacteremia (blood infection), meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), death
Rotavirus	RV vaccine protects against rotavirus.	Through the mouth	Diarrhea, fever, vomiting	Severe diarrhea, dehydration
Rubella	MMR** vaccine protects against rubella.	Air, direct contact	Children infected with rubella virus sometimes have a rash, fever, swollen lymph nodes	Very serious in pregnant women—can lead to miscarriage, stillbirth, premature delivery, birth defects
Tetanus	DTaP* vaccine protects against tetanus.	Exposure through cuts in skin	Stiffness in neck and abdominal muscles, difficulty swallowing, muscle spasms, fever	Broken bones, breathing difficulty, death

* DTaP* combines protection against diphtheria, tetanus, and pertussis.
 ** MMR** combines protection against measles, mumps, and rubella.

Last updated August 2018 - C2085421-6

Figura4.8.10: Enfermedades Prevensibles por Vacunación. (La imagen de los CDC es de dominio público)

Seguridad

Existen diferentes riesgos para la seguridad infantil. Según los CDC, las tasas de lesiones no fatales variaron según el grupo de edad.

- Las tasas de asfixia no fatal fueron las más altas para los menores de 1 año de edad.
- Las tasas de incendios o quemaduras y ahogamiento fueron más altas para niños de 4 años y menores.
- Los niños de 1 a 4 años tuvieron las tasas más altas de caídas no fatales e intoxicaciones.

Y las principales causas de muerte por lesiones también diferían según el grupo de edad.

- Para niños menores de 1 año de edad, dos tercios de las muertes por lesiones se debieron a asfixia.
- El ahogamiento fue la principal causa de lesiones o muerte para aquellos de 1 a 4 años de edad

seguridad en el asiento de automóvil

Las lesiones en vehículos motorizados son una de las principales causas de muerte entre niños en Estados Unidos. Pero muchas de estas muertes se pueden prevenir.

- En Estados Unidos, 723 niños de 12 años o menos murieron como ocupantes en choques de vehículos motorizados durante 2016, y más de 128 mil resultaron heridos en 2016.

- Un estudio de los CDC encontró que, en un año, más de 618,000 niños de 0 a 12 años viajaron en vehículos sin el uso de un asiento de seguridad para niños o un asiento elevador o un cinturón de seguridad al menos parte del tiempo.
- De los niños de 12 años y menores que fallecieron en un choque en 2016 (por el que se conocía el uso de restricción), 35% no estaban abarrotados. 67

Al abrochar a los niños en asientos de seguridad, asientos elevados y cinturones de seguridad apropiados para su edad y tamaño, reduce el riesgo de lesiones graves y fatales:

- El uso del asiento para el automóvil reduce el riesgo de lesiones en un accidente en un 71-82% para los niños en comparación con el uso del cinturón de seguridad solo.
- El uso del asiento elevador reduce el riesgo de lesiones graves en 45% para niños de 4 a 8 años en comparación con el uso del cinturón de seguridad solo.
- Para niños mayores y adultos, el uso del cinturón de seguridad reduce el riesgo de muerte y lesiones graves aproximadamente a la mitad.68

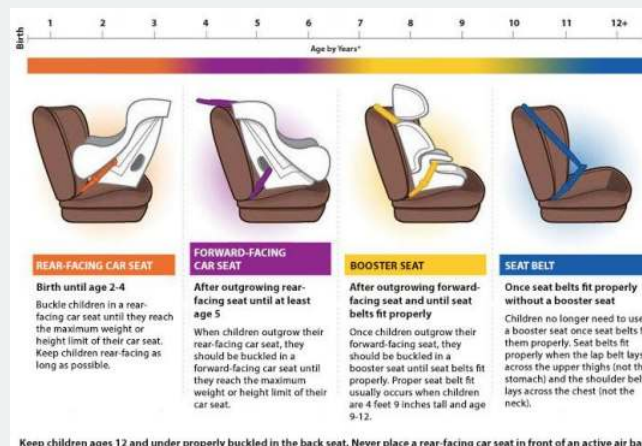


Figura4.8.11: Los diferentes tipos de asientos para el automóvil según la edad. (La imagen de los CDC es de dominio público)

Colaboradores y Atribuciones

46. [Hacer frente a Crying 3 PSA](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
47. El síndrome del bebé sacudido por los [CDC](#) es de dominio público
49. [La prevención del trauma craneal abusivo en niños](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
53. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) referencias [Temas Contemporáneos de Salud](#) por Judy Baker, Ph.D., licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
54. [Tomar la Decisión sobre Vacunas](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
56. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) referencias [Temas Contemporáneos de Salud](#) por Judy Baker, Ph.D., licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
57. [Tomar la Decisión sobre Vacunas](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
58. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) referencias [Temas Contemporáneos de Salud](#) por Judy Baker, Ph.D., licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
59. [Tomar la Decisión sobre Vacunas](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
61. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) referencias [Temas Contemporáneos de Salud](#) por Judy Baker, Ph.D., licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
62. [Para Padres: Las vacunas para sus hijos](#) por parte de los [CDC](#) son de dominio público
63. [Vacunas para sus hijos: Proteja a su hijo a todas las edades](#) por los [CDC](#) es de dominio público
66. [Protege a tus seres queridos: las lesiones infantiles son prevenibles](#) por los [CDC](#) es de dominio público
67. [Seguridad de los niños en los pasajeros: Obtenga los datos](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público

68. [Seguridad de los niños en los pasajeros: Obtenga los datos](#) por parte de [los CDC](#) es de dominio público

This page titled [4.8: Salud](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

4.9: Dormir

Un recién nacido suele dormir aproximadamente 16.5 horas por periodo de 24 horas. Esto suele ser sueño polifásico ya que el lactante está acumulando las 16.5 horas durante varios periodos de sueño a lo largo del día (Salkind, 2005). El lactante tiene un promedio de 15 horas por periodo de 24 horas por un mes, y 14 horas por 6 meses. Para cuando los niños cumplen dos años, están promediando más cerca de 10 horas por 24 horas. Adicionalmente, el recién nacido promedio pasará cerca del 50% del tiempo de sueño en la fase de Movimiento Rápido del Ojo (REM), que disminuye de 25% a 30% en la infancia.⁷⁰

Síndrome de muerte súbita infantil y sueño seguro

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMIS) se identifica cuando la muerte de un lactante sano ocurre repentina e inesperadamente, y los hallazgos de investigaciones médicas y forenses (incluida una autopsia) no son concluyentes. El SIDS es la principal causa de muerte en infantes de 1 a 12 meses de edad, y aproximadamente 1,500 infantes murieron de SIDS en 2013 (CDC, 2015). Debido a que el SIDS se diagnostica cuando no se puede determinar otra causa de muerte, se investigan regularmente las posibles causas del SMIS. Una hipótesis principal sugiere que los bebés que mueren por SIDS tienen anomalías en el área del tronco cerebral responsables de regular la respiración (Weekes-Shackelford y Shackelford, 2005).⁷¹



Figura4.9.1: Un bebé durmiendo con seguridad. (La imagen del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos es de dominio público)

Factores de riesgo Los bebés tienen un mayor riesgo de presentar SIDS si:

- Dormir sobre sus estómagos
- Dormir en superficies blandas, como un colchón, sofá o silla para adultos o bajo cubiertas blandas
- Duerme sobre o debajo de ropa de cama suave o suelta
- Ponerse demasiado caliente durante el sueño.
- Están expuestos al humo del cigarrillo en el útero o en su entorno, como en el hogar, en el automóvil, en el dormitorio u otras áreas
- Dormir en una cama de adulto con padres, otros hijos o mascotas; esta situación es especialmente peligrosa si:
 - El adulto fuma, recientemente ha consumido alcohol, o está cansado.
 - El bebé está cubierto por una manta o colcha.
 - El bebé duerme con más de una persona que comparte la cama.
 - El bebé es menor de 11 a 14 semanas de edad.

Reducción de los riesgos Ha habido mejoras dramáticas en la reducción de las muertes de bebés durante el sueño desde la década de 1990, cuando se introdujeron recomendaciones para colocar a los bebés boca arriba para dormir. Sin embargo, desde finales de la década de 1990, las disminuciones se han ralentizado.

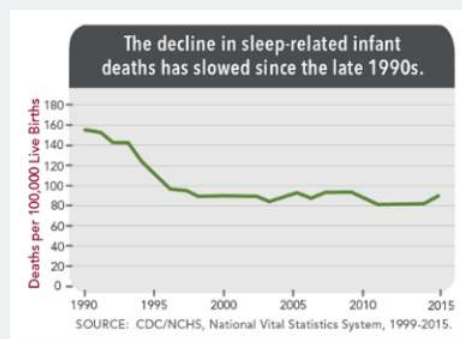


Figura4.9.2: Gráfica que muestra la disminución de las muertes infantiles relacionadas con el sueño. (La imagen de los CDC es de dominio público)

En 2012, la campaña Back to Sleep se convirtió en la campaña Safe to Sleep. Safe to Sleep tiene como objetivo educar a todos los cuidadores sobre el SIDS y las prácticas de sueño seguro. Recomendaciones actuales para reducir el riesgo de SIDS y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño:

- Siempre coloque al bebé boca arriba para dormir (para las siestas y por la noche).
- Use una superficie firme y plana.
- Use solo una sábana ajustada en la superficie del sueño; ninguna otra ropa de cama o artículos blandos en el área para dormir.
- Amamantar.
- Comparte tu habitación con un bebé, pero en una superficie separada diseñada para bebés (no tu cama).
- No coloque objetos blandos, juguetes, topes de cuna o ropa de cama suelta debajo, sobre o en cualquier lugar cerca del área para dormir del bebé.
- No fume durante el embarazo ni permita fumar alrededor del bebé.
- Considera darle un chupete al bebé.
- No permita que el bebé se caliente demasiado durante el sueño.
- Obtenga atención médica regular (incluidas las vacunas).
- Evite los productos que vayan en contra de las recomendaciones de sueño seguro, especialmente aquellos que afirman prevenir o reducir el riesgo de SIDS.
- No utilice monitores cardíacos o respiratorios para reducir el riesgo de SIDS. 74

Colaboradores y Atribuciones

70. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

71. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

74. [Las formas de reducir el riesgo de SIDS y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño](#) por parte de los [CDC](#) son de dominio público

This page titled [4.9: Dormir](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

4.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Cambios físicos durante los dos primeros años
- Algunos reflejos infantiles comunes
- Cómo se desarrollan las habilidades motoras finas y gruesas
- Capacidades sensoriales durante los dos primeros años
- Salud y seguridad para bebés y niños pequeños
- Las necesidades de sueño durante los dos primeros años y formas de reducir el riesgo de SIDS

En el siguiente capítulo vamos a estar echando un vistazo más de cerca a las teorías que nos ayudan a explicar el desarrollo cognitivo y del lenguaje durante la infancia y la infancia.

This page titled [4.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

5: Desarrollo cognitivo en la infancia y la infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Describir las subestaciones de la etapa sensoriomotora de Piaget.
2. Explicar cómo el entorno social afecta el desarrollo cognitivo según la teoría de Vygotsky.
3. Discutir la progresión del desarrollo del lenguaje durante los dos primeros años.
4. Comparar las teorías del desarrollo del lenguaje.
5. Definir el condicionamiento clásico y operante.
6. Resumir los diferentes tipos de memoria

En un esfuerzo por comprender mejor el amplio espectro de cognición por el que atraviesan los bebés y niños pequeños, es importante analizar y comprender diversas teorías que se relacionan con su crecimiento y desarrollo. Este capítulo echará un vistazo a los siguientes teóricos: Piaget, Vygotsky, Chomsky, Skinner, Pavlov, Watson, Bandura y Bronfenbrenner.

[5.1: Piaget](#)

[5.2: Vygotski](#)

[5.3: Hitos cognitivos](#)

[5.4: Desarrollo del lenguaje](#)

[5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria](#)

[5.6: Memoria y Atención](#)

[5.S: Resumen](#)

Miniatura: pixabay.com/fotos/musica-kid... ophone-818459/

This page titled [5: Desarrollo cognitivo en la infancia y la infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

5.1: Piaget

Jean Piaget es el teórico más destacado cuando se trata del desarrollo cognitivo infantil. Creía que la cognición infantil se desarrolla por etapas. Explicó este crecimiento en las siguientes etapas:

1. Etapa motora sensorial (desde el nacimiento hasta los 2 años de edad)
2. Etapa Preoperativa (2-7 años)
3. Etapa Operativa de Concreto (7-11 años)
4. Etapa Operativa Formal (12 años- adultez)

En este capítulo cognitivo nos centraremos en su primera etapa la cual ocurre en la infancia. ¹

Piaget e Inteligencia Sensorimotora

Piaget describe la inteligencia en la infancia como **sensoriomotora** o basada en el contacto físico directo. Los bebés prueban, sienten, golpean, empujan, escuchan y se mueven para experimentar el mundo. exploremos la transición que hacen los bebés de responder al mundo externo reflexivamente como recién nacidos a resolver problemas usando estrategias mentales a partir de los dos años de edad.

Tabla5.1.1: Subestaciones de la Etapa Sensorimotora de Piaget ²

Subestación	Edad	Descripción
Subestación Uno: Reflejos Simples	Nacimiento a 1 mes	Este aprendizaje activo comienza con movimientos automáticos o reflejos. Una pelota entra en contacto con la mejilla de un bebé y es automáticamente chupada y lamida.
Subetapa Dos: Reacciones Circulares Primarias	1 a 4 meses	El infante comienza a discriminar entre objetos y ajustar las respuestas en consecuencia a medida que los reflejos son reemplazados por movimientos voluntarios. Un bebé puede involucrarse accidentalmente en un comportamiento y encontrarlo interesante como hacer una vocalización. Este interés motiva intentar volver a hacerlo y ayuda al infante a aprender un nuevo comportamiento que originalmente ocurrió por casualidad. Al principio, la mayoría de las acciones tienen que ver con el cuerpo, pero en los próximos meses, se dirigirán más hacia los objetos.
Subetapa Tres: Reacciones Circulares Secundarias	4 a 8 meses	El infante se involucra cada vez más activamente en el mundo exterior y se deleita en poder hacer que las cosas sucedan. El movimiento repetido trae especial interés ya que el bebé es capaz de golpear dos tapas juntas desde el armario cuando está sentado en el piso de la cocina.

Subestación	Edad	Descripción
Subetapa Cuatro: Coordinación de reacciones circulares	8 a 12 meses	El infante puede participar en comportamientos que otros realizan y anticipar los próximos eventos. Quizás por la continua maduración de la corteza prefrontal, el infante se vuelve capaz de tener un pensamiento y llevar a cabo una actividad planificada, dirigida por objetivos como buscar un juguete que haya rodado bajo el sofá. El objeto sigue existiendo en la mente del infante incluso cuando está fuera de la vista y el infante ahora es capaz de hacer intentos de recuperarlo.
Subetapa Cinco: Reacciones Circulares Terciarias	12 a 18 meses	El infante se involucra más activamente en la experimentación para aprender sobre el mundo físico. La gravedad se aprende vertiendo agua de una taza o empujando los cuencos de las sillas altas. El cuidador trata de ayudar al niño recogiendo de nuevo y colocándolo en la bandeja. ¿Y qué pasa? ¡Otro experimento! El niño vuelve a sacarlo de la bandeja provocando que se caiga y ¡el cuidador lo recoja de nuevo!
Subetapa Seis: Internalización de Esquemas y Pensamiento Representacional Temprano	18 meses a 2 años	El niño ahora es capaz de resolver problemas usando estrategias mentales, recordar algo escuchado días antes y repetirlo, participar en juegos simulados y encontrar objetos que se han movido incluso cuando están fuera de la vista. Tomemos por ejemplo, el niño que está arriba en una habitación con la puerta cerrada, supuestamente tomando una siesta. El pomo de la puerta tiene un dispositivo de seguridad que hace imposible que el niño gire la perilla. Después de intentar varias veces en vano empujar la puerta o girar el pomo de la puerta, el niño lleva a cabo una estrategia mental aprendida de experiencia previa para abrir la puerta: ¡llama a la puerta! El niño ahora está mejor equipado con estrategias mentales para la resolución de problemas.



Figura5.1.1: Un bebé sentado en una trona. (La imagen de [holycalamity](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Evaluación de la etapa sensoriomotora de Piaget

Piaget abrió una nueva forma de mirar a los infantes con su visión de que su tarea principal es coordinar sus impresiones sensoriales con su actividad motora. Sin embargo, el mundo cognitivo del infante no está tan cuidadosamente empaquetado como lo retrató Piaget, y se debaten algunas de las explicaciones de Piaget sobre la causa del cambio. En las últimas décadas, se han ideado técnicas experimentales sofisticadas para estudiar a los infantes, y ha habido un gran número de estudios de investigación sobre el desarrollo infantil. Gran parte de la nueva investigación sugiere que la visión de Piaget sobre el desarrollo sensoriomotor necesita ser modificada (Baillargeon, 2014; Brooks & Meltzoff, 2014; Johnson & Hannon, 2015).

Permanencia del objeto

Una modificación necesaria sería cuando los niños desarrollan permanencia de objetos. Los infantes parecen ser capaces de reconocer que los objetos tienen permanencia a edades mucho más jóvenes de lo que propuso Piaget (incluso a tan solo 3.5 meses de edad).

El error A-no-B

Los datos no siempre apoyan la afirmación de Piaget de que ciertos procesos son cruciales en las transiciones de una etapa a la siguiente. Por ejemplo, en la teoría de Piaget, una característica importante en la progresión hacia la subetapa 4, la coordinación de las reacciones circulares secundarias, es la inclinación de un bebé a buscar un objeto oculto en una ubicación familiar más que a buscar el objeto en una nueva ubicación. Así, si un juguete se oculta dos veces, inicialmente en la ubicación A y posteriormente en la ubicación B, los bebés de 8 a 12 meses buscan correctamente en la ubicación A inicialmente. Pero cuando el juguete se oculta posteriormente en la ubicación B, cometen el error de continuar buscándolo en la ubicación A. El **error A-no-B** es el término utilizado para describir este error común. Los bebés mayores tienen menos probabilidades de cometer el error A-no-B porque su concepto de permanencia de objetos es más completo.

Los investigadores han encontrado, sin embargo, que el error A-no-B no aparece consistentemente (Sophian, 1985). La evidencia indica que los errores A-no-B son sensibles a la demora entre ocultar el objeto en B y el intento del infante de encontrarlo (Diamond, 1985). Por lo tanto, el error A-no-B podría deberse a una falla en la memoria. Otra explicación es que los infantes tienden a repetir un comportamiento motor previo (Clearfield y otros, 2006; Smith, 1999).

Referencias y Atribuciones

1. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
2. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [5.1: Piaget](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

5.2: Vygotski

El desarrollo está determinado por factores ambientales

Piaget marcó la pauta para gran parte de la investigación actual pero su teoría también ha recibido muchas críticas. Muchos creen que Piaget ignoró la enorme influencia que tienen la sociedad y la cultura en la conformación del desarrollo de un niño. En un momento similar, otro investigador llamado Lev Vygotsky (1896—1934) había llegado a conclusiones similares a las de Piaget sobre el desarrollo infantil, al pensar que los niños aprendían sobre el mundo a través de la interacción física con él. Sin embargo, donde Piaget sintió que los niños se movían naturalmente a través de diferentes etapas de desarrollo, basadas en predisposiciones biológicas y sus propias interacciones individuales con el mundo, Vygotsky afirmó que la intervención de adultos o compañeros era una parte mucho más importante del proceso de desarrollo.

Vygotsky se concentró más en el entorno social y cultural inmediato del niño y en sus interacciones con adultos y compañeros. Argumentó que el desarrollo ocurrió primero a través de las interacciones sociales inmediatas de los niños, y luego se trasladó al nivel individual a medida que comenzaron a internalizar su aprendizaje. Si bien Piaget veía al niño como un descubrimiento activo del mundo a través de interacciones individuales con él, Vygotsky vio al niño como más aprendiz, aprendiendo a través de un entorno social de otros que tenían más experiencia y eran sensibles a las necesidades y habilidades del niño. 4



Figura5.2.1: Un adulto jugando a Legos con un niño. (Imagen de Tabeajaichhalt en Pixabay)

Referencias y Atribuciones

4. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [5.2: Vygotski](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

5.3: Hitos cognitivos

Los niños están aprendiendo activamente sobre el mundo tal como lo perciben desde el momento en que están en el útero. Aquí hay una tabla de algunos de los hitos cognitivos que suelen desarrollar bebés y niños pequeños.

Tabla 5.3.1: Hitos cognitivos (Hitos del desarrollo por los CDC son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 meses	• Presta atención a las caras • Comienza a seguir las cosas con los ojos y reconocer a las personas a distancia • Comienza a actuar aburrido (llora, quisquilloso) si la actividad no cambia
4 meses	• Te avisa si está feliz o triste • Responde al afecto • Alcanza el juguete con una mano • Usa las manos y los ojos juntos, como ver un juguete y alcanzarlo • Sigue moviendo las cosas con los ojos de lado a lado • Relojas caras de cerca • Reconoce a personas y cosas familiares a distancia
6 meses	• Mira a tu alrededor las cosas cercanas • Trae cosas a la boca • Muestra curiosidad por las cosas e intenta sacar cosas que están fuera de su alcance • Empieza a pasar las cosas de una mano a la otra
9 meses	• Observa el camino de algo a medida que cae • Busca cosas que él te ve esconderte • Juega a peek-a-boo • Pone las cosas en la boca • Mueve las cosas suavemente de una mano a otra • Recoge cosas como cereales o entre el dedo pulgar y el índice
1 año	• Explora las cosas de diferentes maneras, como temblar, golpear, lanzar • Encuentra cosas ocultas fácilmente • Mira la foto o cosa correcta cuando se llama • Copia gestos • Comienza a usar las cosas correctamente; por ejemplo, bebidas de una taza, cepilla el cabello • Follan dos cosas juntas • Pone las cosas en un contenedor, saca las cosas de un contenedor • Permite que las cosas vayan sin ayuda • Aploma con el dedo índice (puntero) • Sigue instrucciones simples como “recoger el juguete”

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
18 meses	• Sabe para qué sirven las cosas ordinarias; por ejemplo, teléfono, cepillo, cuchara • Puntos para llamar la atención de los demás • Muestra interés en una muñeca o peluche fingiendo alimentarse • Señala a una parte del cuerpo • Garabatos por cuenta propia • Puede seguir comandos verbales de 1 paso sin ningún gesto; por ejemplo, se sienta cuando dices “siéntate”
2 años	• Encuentra cosas incluso cuando están ocultas debajo de dos o tres cubiertas • Comienza a ordenar formas y colores • Cumple oraciones y rimas en libros familiares • Juega juegos simples de hacer creer • Construye torres de 4 o más bloques • Podría usar una mano más que la otra • Sigue instrucciones en dos pasos como “Recoge tus zapatos y ponlos en el clóset”. • Nombra artículos en un libro de imágenes, como un gato, un pájaro o un perro

This page titled [5.3: Hitos cognitivos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

5.4: Desarrollo del lenguaje

¿Se comunican los recién nacidos? ¡Absolutamente! No obstante, no se comunican con el uso del lenguaje. En cambio, comunican sus pensamientos y necesidades con la postura corporal (estar relajados o quietos), gestos, gritos y expresiones faciales. Una persona que pasa el tiempo adecuado con un bebé puede aprender qué llantos indican dolor y cuáles indican hambre, malestar o frustración así como traducir sus vocalizaciones, movimientos, gestos y expresiones faciales.



Figura 5.4.1: Un infante mirando a la cámara. (Imagen de Andrés y Antonieta Ricardo usada con permiso)

Etapas del Desarrollo del Lenguaje

1. Vocalizaciones intencionales: arrullar y turnarse: Los infantes comienzan a vocalizar y repetir vocalizaciones dentro de los primeros meses de vida. Ese burbujeo, vocalización musical llamada arrullo puede servir como fuente de entretenimiento a un infante que ha sido acostado para una siesta o sentado en un portabebés en un viaje en automóvil. El arrullado sirve como práctica para la vocalización así como el infante escucha el sonido de su propia voz e intenta repetir sonidos que son entretenidos. Los infantes también comienzan a aprender el ritmo y la pausa de la conversación ya que alternan su vocalización con la de otra persona y luego vuelven a tomar su turno cuando la vocalización de la otra persona se ha detenido. Arrullar inicialmente implica hacer sonidos vocales como “oooo”. Posteriormente, se agregan consonantes a vocalizaciones como “nananananana”.
2. Balbucear y hacer gestos: Alrededor de los cuatro a seis meses de edad, los infantes comienzan a hacer vocalizaciones aún más elaboradas que incluyen los sonidos requeridos para cualquier idioma. Los sonidos guturales, los clics, las consonantes y los sonidos vocales están listos para equipar al niño con la capacidad de repetir cualquier sonido característico del lenguaje que se escucha. Con el tiempo, estos sonidos ya no se utilizarán a medida que el infante se acostumbre más a un idioma en particular. Los bebés sordos también usan gestos para comunicar deseos, reacciones y sentimientos. Debido a que el gesto parece ser más fácil que la vocalización para algunos niños pequeños, a veces se enseña el lenguaje de señas para mejorar la capacidad de comunicarse haciendo uso de la facilidad de hacer gestos. El ritmo y patrón del lenguaje se usa cuando los bebés sordos firman tal como lo es cuando escuchan balbucear a los bebés.
3. Comprensión: Alrededor de los diez meses de edad, el infante puede entender más de lo que puede decir. Es posible que también hayas experimentado este fenómeno si alguna vez has intentado aprender un segundo idioma. Es posible que hayas podido seguir una conversación más fácilmente que contribuir a ella.
4. Habla holofrástica: Los niños comienzan a usar sus primeras palabras alrededor de los 12 o 13 meses de edad y pueden usar palabras parciales para transmitir pensamientos a edades aún más jóvenes. Estas expresiones de una sola palabra se conocen como discurso holofrástico. Por ejemplo, el niño puede decir “ju” para la palabra “jugo” y usar este sonido al referirse a una botella. El oyente debe interpretar el significado de la holofrase y cuando se trata de alguien que ha pasado tiempo con el niño, la interpretación no es demasiado difícil. Ellos saben que “ju” significa “jugo” lo que significa que el bebé quiere un poco de leche! Pero, alguien que no ha estado cerca del niño tendrá problemas para saber qué se entiende. Imagínese al padre que a un amigo exclama: “¡Ezra está hablando todo el tiempo ahora!” El amigo sólo escucha “ju da ga” que, explica el padre, significa “quiero un poco de leche cuando voy con papá”.



Figura5.4.2: Dos niños jugando con juguetes. (Imagen de la [Fuerza Aérea de Estados Unidos](#) es de dominio público)

5. Subextensión: Un niño que aprende que una palabra significa un objeto puede pensar inicialmente que la palabra puede usarse solo para ese objeto en particular. Sólo el Setter Irlandés de la familia es un “perrito”. Esto se conoce como subextensión. Más a menudo, sin embargo, un niño puede pensar que una etiqueta se aplica a todos los objetos que son similares al objeto original. En la sobreextensión todos los animales se convierten en “perritos”, por ejemplo.

6. Primeras palabras e influencias culturales: Las primeras palabras si el niño está usando el inglés tienden a ser sustantivos. El niño etiqueta objetos como taza o pelota. En un lenguaje amigable con los verbos como el chino, sin embargo, los niños pueden aprender más verbos. Esto también puede deberse al diferente énfasis que se le da a los objetos basados en la cultura. A los niños chinos se les puede enseñar a notar la acción y la relación entre objetos, mientras que a los niños de Estados Unidos se les puede enseñar a nombrar un objeto y sus cualidades (color, textura, tamaño, etc.). Estas diferencias se pueden ver al comparar interpretaciones del arte por parte de estudiantes mayores de China y Estados Unidos.

7. Estimulación del vocabulario: Los niños de un año suelen tener un vocabulario de aproximadamente 50 palabras. Pero para cuando se convierten en niños pequeños, tienen un vocabulario de unas 200 palabras y comienzan a juntar esas palabras en discurso telegráfico (lo pienso ahora como discurso de 'mensaje de texto' porque enviar mensajes de texto es más común y es similar en que los mensajes de texto normalmente solo incluyen la mínima cantidad de palabras para transmitir el mensaje).

8. Oraciones de dos palabras y discurso telegráfico: Las palabras pronto se combinan y los niños pequeños de 18 meses pueden expresarse aún más usando expresiones como “baby bye- bye” o “doggie pretty”. Se utilizan palabras necesarias para transmitir mensajes, pero aún no se utilizan los artículos y otras partes del discurso necesarias para la corrección gramatical. Estas expresiones suenan como un telégrafo (o quizás una mejor analogía hoy sería que se leen como un mensaje de texto) donde no se utilizan palabras innecesarias. “Dar bola de bebé” se usa en lugar de “Dale al bebé la pelota”. O un mensaje de texto de “¡Envía dinero ya!” en lugar de “Querida Madre. Realmente necesito algo de dinero para encargarme de mis gastos” .9



Figura5.4.3: Un niño pequeño jugando con un teléfono de juguete. (Imagen de [Salim Virji](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Hitos del lenguaje

En los dos primeros años de vida, los niños pasan de comunicarse llorando a poder expresarse con palabras. Aquí hay una tabla de hitos comunes del lenguaje para bebés y niños pequeños.

Tabla5.4.1: Hitos del lenguaje (Hitos del desarrollo por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 meses	• Coos, hace sonidos de borboteo • Gira la cabeza hacia los sonidos

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
4 meses	- Comienza a balbucear - Balbucea con expresión y copia sonidos que escucha - Llora de diferentes maneras para mostrar hambre, dolor o cansancio
6 meses	- Responde a los sonidos haciendo sonidos - Encadena vocales juntas al balbucear (“ah”, “eh”, “oh”) y le gusta turnarse con los padres mientras hace sonidos - Responde a nombre propio - Hace sonidos para mostrar alegría y desagrado - Comienza a decir sonidos consonantes (parloteando con “m”, “b”)
9 meses	- Entiende “no” - Hace muchos sonidos diferentes como “mamamama” y “bababababa” - Copia sonidos y gestos de otros - Usa los dedos para señalar las cosas
1 año	- Responde a simples peticiones habladas - Utiliza gestos simples, como sacudir la cabeza “no” o saludar “adiós” - Hace sonidos con cambios en el tono (suena más como el habla) - Dice “mamá” y “dada” y exclamaciones como “¡uh-oh!” - Intenta decir las palabras que dices
18 meses	- Dice varias palabras individuales - Dice y sacude la cabeza ahora - Puntos para mostrar a los demás lo que se quiere
2 años	- Señala cosas o imágenes cuando se les nombra - Conoce nombres de personas familiares y partes del cuerpo - Dice oraciones con 2 a 4 palabras - Sigue instrucciones simples - Repite palabras escuchadas en conversación - Señala cosas en un libro

Discurso dirigido por niños

¿Por qué un caballo es un “caballito”? ¿Alguna vez te has preguntado por qué los adultos tienden a usar “baby talk” o ese tipo de entonación y exageración cantar-canción que se usa cuando se habla con niños? Esto representa una tendencia universal y se conoce como **discurso dirigido al niño** o paréntesis (históricamente referido como motherese). Implica exagerar los sonidos vocales y consonantes, usar una voz aguda, y entregar la frase con gran expresión facial. ¿Por qué se hace esto? Puede ser con el fin de articular claramente los sonidos de una palabra para que el niño pueda escuchar los sonidos involucrados. O puede ser porque cuando se usa este tipo de discurso, el infante presta más atención al hablante y esto establece un patrón de interacción en el que el hablante y el oyente están sintonizados entre sí.¹²

Teorías del Desarrollo del Lenguaje

Las siguientes dos teorías del desarrollo del lenguaje representan dos extremos en el nivel de interacción requerido para que ocurra el lenguaje (Berk, 2007).

Chomsky y el dispositivo de adquisición del lenguaje

La visión conocida como **nativismo** defendida por Noam Chomsky sugiere que los infantes están equipados con un constructo neurológico denominado **dispositivo de adquisición del lenguaje** o LAD que prepara a los bebés para el lenguaje. El lenguaje se desarrolla siempre y cuando el lactante esté expuesto a él. No se requiere enseñanza, capacitación o refuerzo para que el lenguaje se desarrolle.

Pragmática Social

Otra visión enfatiza la participación activa del niño en el aprendizaje del idioma por la necesidad de comunicarse. El niño busca información, memoriza términos, imita el discurso escuchado de otros y aprende a conceptualizar usando las palabras a medida que se adquiere el lenguaje. Muchos argumentarían que estas tres dinámicas fomentan la adquisición del lenguaje (Berger, 2004) ¹³

Colaboradores y Atribuciones

9. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

12. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

13. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [5.4: Desarrollo del lenguaje](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

Pavlov

Ivan Pavlov (1880-1937) fue un fisiólogo ruso interesado en estudiar la digestión. Al registrar la cantidad de salivación que producían sus perros de laboratorio mientras comían, notó que en realidad comenzaron a salivar antes de que llegara la comida mientras el investigador caminaba por el pasillo y hacia la jaula. Los perros sabían que venía la comida porque habían aprendido a asociar los pasos con la comida. La palabra clave aquí es “aprendida”. Una respuesta aprendida se llama respuesta “condicionada”.

Pavlov comenzó a experimentar con este reflejo “psíquico”. Empezó a tocar una campana, por ejemplo, antes de introducir la comida. Bastante seguro, después de hacer esta conexión varias veces, se podría hacer que los perros salivaran al son de una campana. Una vez que la campana se había convertido en un evento al que los perros habían aprendido a salivar, se le llamó estímulo condicionado. El acto de salivar a una campana fue una respuesta que también se había aprendido, ahora denominada en la jerga de Pavlov, una respuesta condicionada.

Observe que la respuesta, la salivación, es la misma ya sea condicionada o no condicionada (no aprendida o natural). Lo que cambió es el estímulo al que el perro saliva. Uno es natural (incondicionado) y otro es aprendido (condicionado).

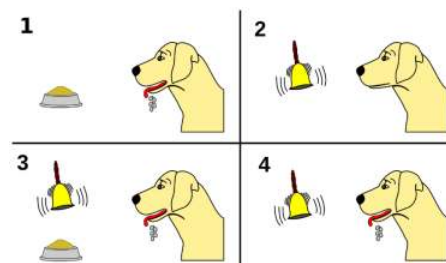


Figura5.5.1: Experimentos de Pavlov con perros y condicionamiento. (La imagen de Maxxl² está licenciada bajo CC BY-SA 4.0)

Pensemos en cómo se usa el condicionamiento clásico en nosotros. Una de las aplicaciones más extendidas de los principios de condicionamiento clásico nos la trajo el psicólogo, John B. Watson.¹⁵

Acondicionamiento Clásico

El condicionamiento clásico es una forma de aprendizaje mediante la cual un **estímulo condicionado** (CS) se asocia con un **estímulo no condicionado** no relacionado (US), con el fin de producir una respuesta conductual conocida como **respuesta condicionada** (CR). La respuesta condicionada es la respuesta aprendida al estímulo previamente neutro. El estímulo incondicionado suele ser un estímulo biológicamente significativo como la comida o el dolor que provoca una **respuesta incondicionada** (UR) desde el inicio. El estímulo condicionado suele ser neutro y no produce una respuesta particular al principio, pero después del condicionamiento, provoca la respuesta condicionada.

Si observamos el experimento de Pavlov, podemos identificar estos cuatro factores en el trabajo:

- La respuesta incondicionada fue la salivación de perros en respuesta a ver u oler su comida.
- El estímulo incondicionado era la vista o el olor de la comida misma.
- El estímulo condicionado fue el sonido de la campana. Durante el acondicionamiento, cada vez que se le daba comida al animal, tocaba la campana. Esto se repitió durante varios ensayos. Después de algún tiempo, el perro aprendió a asociar el zumbido de la campana con la comida y a responder salivando. Terminado el periodo de condicionamiento, el perro respondería salivando cuando sonaba la campana, incluso cuando el estímulo incondicionado (la comida) estaba ausente.
- La respuesta condicionada, por lo tanto, fue la salivación de los perros en respuesta al estímulo condicionado (el zumbido de la campana).¹⁶

Respuesta Neurológica al Acondicionamiento

Considera cómo ocurre la respuesta condicionada en el cerebro. Cuando un perro ve comida, los estímulos visuales y olfativos envían información al cerebro a través de sus respectivas vías neuronales, activando finalmente las glándulas salivales para secretar saliva. Esta reacción es un proceso biológico natural ya que la saliva ayuda en la digestión de los alimentos. Cuando un perro escucha un timbre y al mismo tiempo ve comida, los estímulos auditivos activan las vías neuronales asociadas. Sin embargo, dado que estas vías se están activando al mismo tiempo que las otras vías neuronales, existen reacciones de sinapsis débiles que ocurren

entre los estímulos auditivos y la respuesta conductual. Con el tiempo, estas sinapsis se fortalecen de manera que solo se necesita el sonido de un zumbador para activar la vía que conduce a la salivación.

Acondicionamiento Operante

El condicionamiento operante es una teoría del conductismo, una perspectiva de aprendizaje que se centra en los cambios en las conductas observables de un individuo. En la **teoría del condicionamiento operante**, los comportamientos nuevos o continuados se ven impactados por consecuencias nuevas o continuas. La investigación sobre este principio de aprendizaje fue estudiada por Edward L. Thorndike por primera vez a finales de 1800, luego fue llevada a la popularidad por B.F. Skinner a mediados de 1900. Gran parte de esta investigación informa las prácticas actuales en el comportamiento humano y la interacción.

Investigación de Skinner

La investigación inicial de Thorndike fue muy influyente en otro psicólogo, B.F. Skinner. Casi medio siglo después de la primera publicación de Thorndike de los principios del condicionamiento operante, Skinner intentó probar una extensión de esta teoría, que todos los comportamientos eran de alguna manera el resultado del condicionamiento operante. Skinner teorizó que si a un comportamiento le sigue un refuerzo, es más probable que ese comportamiento se repita, pero si le sigue el castigo, es menos probable que se repita. También creía que esta asociación sabía podría terminar, o extinguirse si se quitaba el refuerzo o castigo.

Para probarlo, colocó ratas en una caja con una palanca que al ser golpeada soltaría una bolita de comida. Con el tiempo, la cantidad de tiempo que tardó la rata en encontrar la palanca y presionarla se hizo cada vez más corta hasta que finalmente, la rata pasaría la mayor parte de su tiempo cerca de la palanca comiendo. Este comportamiento se volvió menos consistente cuando se comprometió la relación entre la palanca y la comida. Esta teoría básica del condicionamiento operante todavía es utilizada por psicólogos, científicos y educadores en la actualidad.

Modelado, Principios de Refuerzo y Horarios de Refuerzo

El condicionamiento operante puede verse como un proceso de acción y consecuencia. Skinner utilizó este principio básico para estudiar el posible alcance y escala de la influencia del condicionamiento operante en el comportamiento animal. Sus experimentos utilizaron esquemas de conformación, refuerzo y refuerzo para demostrar la importancia de la relación que los animales forman entre comportamientos y resultados.

Todas estas prácticas se refieren a la configuración de un experimento. La **conformación** es el paradigma de condicionamiento de un experimento. La forma del experimento en ensayos sucesivos se cambia gradualmente para provocar un comportamiento objetivo deseado. Esto se logra a través del refuerzo, o recompensa, de los segmentos del comportamiento objetivo, y se puede probar usando una gran variedad de acciones y recompensas. Los experimentos se dieron un paso más allá para incluir diferentes programas de refuerzo que se complican a medida que continuaban los ensayos. Al probar diferentes programas de refuerzo, Skinner aprendió información valiosa sobre las mejores formas de fomentar un comportamiento específico, o las formas más efectivas de crear un comportamiento duradero. Gran parte de esta investigación se ha replicado en humanos, y ahora informa prácticas en diversos entornos del comportamiento humano.¹⁷

Refuerzo positivo y negativo

En ocasiones, agregar algo a la situación se está reforzando como en los casos que describimos anteriormente con cookies, elogios y dinero. El **refuerzo positivo** implica agregar algo a la situación para fomentar un comportamiento. Otras veces, quitarle algo a una situación puede estar reforzando. Por ejemplo, el ruidoso y molesto timbre de tu despertador te anima a levantarte para que puedas apagarlo y deshacerte del ruido. Los niños se quejan para que sus padres hagan algo y muchas veces, los padres ceden solo para detener los lloriqueos. En estos casos, se ha utilizado el refuerzo negativo.

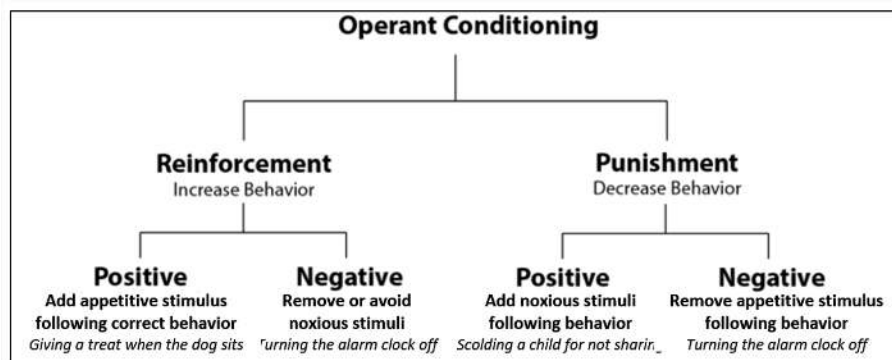


Figura 5.5.2: Refuerzo en acondicionamiento operante. (Imagen de Curtis Neveu está licenciada bajo CC BY-SA 3.0 y Modificado por om imagen de origen)

El condicionamiento operante tiende a funcionar mejor si te enfocas en tratar de fomentar un comportamiento o mover a una persona en la dirección que quieres que vaya en lugar de decirle qué no hacer. Los **refuerzos** se utilizan para fomentar un comportamiento; los castigos se utilizan para detener el comportamiento. Un **castigador** es todo lo que sigue a un acto y disminuye la probabilidad de que vuelva a ocurrir. Pero muchas veces un comportamiento castigado en realidad no desaparece. Simplemente se suprime y puede volver a ocurrir siempre que se elimine la amenaza de castigo. Por ejemplo, un niño puede no maldecir a tu alrededor porque te has lavado la boca con jabón, pero puede maldecir alrededor de sus amigos. O un automovilista sólo puede reducir la velocidad cuando la tropa está a un costado de la autopista. Otro problema con el castigo es que cuando una persona se enfoca en el castigo, puede que le resulte difícil ver lo que el otro hace bien o bien. Y el castigo es estigmatizante; al ser castigados, algunos empiezan a verse a sí mismos como malos y dejan de intentar cambiar.

El refuerzo puede ocurrir de manera predecible, como después de que se realice cada acción deseada, o intermitentemente, después de que el comportamiento se realice varias veces o la primera vez que se realice después de cierto tiempo. El cronograma de refuerzo tiene un impacto en cuanto tiempo continúa un comportamiento después de que se suspende el refuerzo. Por lo que un padre que ha recompensado las acciones de un niño cada vez puede encontrar que el niño se rinde muy rápidamente si una recompensa no llega de inmediato. Piense en los tipos de comportamientos que se pueden aprender a través del condicionamiento clásico y operante. Pero a veces se aprenden comportamientos muy complejos rápidamente y sin refuerzo directo. El aprendizaje social de Bandura cubierto más adelante en el capítulo explica cómo.¹⁹

Watson y el conductismo

Otro teórico que se sumó al espectro del movimiento conductual fue John B. Watson. Watson creía que la mayoría de nuestros miedos y otras respuestas emocionales están condicionadas clásicamente. Había ganado mucha popularidad en la década de 1920 con su asesoramiento experto en paternidad ofrecido al público. Creía que a los padres se les podía enseñar a ayudar a moldear el comportamiento de sus hijos e intentó demostrar el poder del condicionamiento clásico con su famoso experimento con un niño de 18 meses llamado "Little Albert". Watson sentó a Albert y le presentó una variedad de objetos aparentemente aterradores: un trozo de periódico en llamas, una rata blanca, etc. Pero Albert siguió curioso y alcanzó todas estas cosas. Watson sabía que uno de nuestros únicos temores innatos es el miedo a los ruidos fuertes por lo que procedió a hacer un ruido fuerte cada vez que presentaba uno de los favoritos de Albert, una rata blanca. Después de escuchar el fuerte ruido varias veces emparejado con la rata, Albert pronto llegó a temer a la rata y comenzó a llorar cuando fue introducida.

Watson filmó este experimento para la posteridad y lo utilizó para demostrar que podía ayudar a los padres a lograr los resultados que desearan, si sólo siguieran sus consejos. Watson escribió columnas en periódicos y revistas y ganó mucha popularidad entre los padres ansiosos por aplicar la ciencia al orden del hogar. El consejo parental no fue el legado que Watson nos dejó, sin embargo. Donde realmente hizo su impacto fue en la publicidad. Después de que Watson dejó la academia, se adentró en el mundo de los negocios y mostró a las empresas cómo atar algo que aporte una sensación positiva natural a sus productos para mejorar las ventas. ¡Así la unión del sexo y la publicidad!²⁰ A veces hacemos cosas porque hemos visto que vale la pena para otra persona. Estaban operantemente condicionados, pero nos involucramos en el comportamiento porque esperamos que valga la pena para nosotros también. Esto se conoce como refuerzo vicario (Bandura, Ross y Ross, 1963).



Figura5.5.3: Una fotografía tomada durante la investigación de Little Albert. (La imagen es de dominio público)

¿Los padres socializan a los niños o los niños socializan a los padres?

Bandura (1986) sugiere que existe interacción entre el entorno y el individuo. No somos solo producto de nuestro entorno, sino que influimos en nuestro entorno. Existe interacción entre nuestra personalidad y la forma en que interpretamos los eventos y cómo nos influyen. A este concepto se le llama determinismo recíproco. Un ejemplo de ello podría ser la interacción entre padres e hijos. Los padres no sólo influyen en el entorno de su hijo, tal vez intencionalmente mediante el uso del refuerzo, etc., sino que los hijos también influyen en los padres. Los padres pueden responder de manera diferente con su primer hijo que con su cuarto. Quizás tratan de ser los padres perfectos con su primogénito, pero para cuando llega su último hijo tienen expectativas muy diferentes tanto de ellos mismos como de su hijo. Nuestro entorno nos crea y nosotros creamos nuestro entorno.



Figura5.5.4: Un bebé sonriente jugando con juguetes. (Imagen de OmarMedinaFilmS en Pixabay)

Teoría del Aprendizaje Social

Albert Bandura es uno de los principales contribuyentes a la **teoría del aprendizaje social**. Nos llama la atención sobre las formas en que muchas de nuestras acciones no se aprenden a través del condicionamiento; más bien, se aprenden observando a los demás (1977). Los niños pequeños aprenden comportamientos con frecuencia a través de la imitación. A veces, particularmente cuando no sabemos qué más hacer, aprendemos modelando o copiando el comportamiento de los demás. Un nuevo empleado, en su primer día de un nuevo trabajo podría mirar con entusiasmo cómo están actuando los demás y tratar de actuar de la misma manera para encajar más rápidamente. Los adolescentes que luchan con su identidad dependen en gran medida de sus compañeros para actuar como modelos a seguir. Las parejas recién casadas a menudo confían en roles que pueden haber aprendido de sus padres y comienzan a actuar de formas que no lo hicieron mientras salían y luego se preguntan por qué su relación ha cambiado.

Colaboradores y Atribuciones

15. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
16. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
17. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
19. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
20. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

5.6: Memoria y Atención

Si queremos recordar algo mañana, hoy tenemos que consolidarlo en la memoria a largo plazo. La **memoria a largo plazo** es la etapa final, semipermanente de la memoria. A diferencia de la memoria sensorial y a corto plazo, la memoria a largo plazo tiene una capacidad teóricamente infinita y la información puede permanecer allí indefinidamente. La memoria a largo plazo también se ha llamado memoria de referencia, porque un individuo debe referirse a la información en la memoria a largo plazo cuando realiza casi cualquier tarea. La memoria a largo plazo puede dividirse en dos categorías: memoria explícita e implícita.

Memoria Explícita

La **memoria explícita**, también conocida como **memoria consciente o declarativa**, implica la memoria de hechos, conceptos y eventos que requieren el recuerdo consciente de la información. En otras palabras, el individuo debe pensar activamente en recuperar la información de la memoria. Este tipo de información se almacena y recupera explícitamente, de ahí su nombre. La memoria explícita puede subdividirse en **memoria semántica**, que se refiere a hechos, y memoria episódica, que se refiere principalmente a información personal o autobiográfica.

Memoria Episódica

La **memoria episódica** se utiliza para memorias más contextualizadas. Generalmente son recuerdos de momentos específicos, o episodios, en la vida de uno. Como tales, incluyen sensaciones y emociones asociadas con el evento, además del quién, qué, dónde y cuándo de lo sucedido. Un ejemplo de memoria episódica sería recordar el viaje de tu familia a la playa. La memoria autobiográfica (memoria para eventos particulares en la propia vida) generalmente se ve como equivalente a, o un subconjunto de, la memoria episódica. Un tipo específico de memoria autobiográfica es una memoria flashbulb, que es una “instantánea” altamente detallada y excepcionalmente vívida del momento y las circunstancias en las que se escuchó una pieza de noticias sorprendentes y consecuentes (o emocionalmente excitables). Por ejemplo, mucha gente recuerda exactamente dónde estaban y qué estaban haciendo cuando se enteraron de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001. Esto se debe a que es una memoria flashbulb.

La memoria semántica y episódica están estrechamente relacionadas; la memoria para los hechos puede mejorarse con recuerdos episódicos asociados con el hecho, y viceversa. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta fáctica “¿Todas las manzanas son rojas?” podría recordarse recordando la vez que viste a alguien comiendo una manzana verde. De igual manera, los recuerdos semánticos sobre ciertos temas, como el fútbol, pueden contribuir a recuerdos episódicos más detallados de un evento personal en particular, como ver un partido de fútbol. Una persona que apenas conoce las reglas del fútbol recordará las diversas jugadas y resultados del juego con mucho menos detalle que un experto en fútbol.

Memoria implícita

A diferencia de la memoria explícita (consciente), la **memoria implícita (también llamada “inconsciente” o “procedimental”)** implica **procedimientos para completar acciones**. Estas acciones se desarrollan con la práctica a lo largo del tiempo. Las habilidades atléticas son un ejemplo de memoria implícita. Aprendes los fundamentos de un deporte, los practicas una y otra vez, y luego fluyen naturalmente durante un juego. El ensayo para una danza o interpretación musical es otro ejemplo de memoria implícita. Los ejemplos cotidianos incluyen recordar cómo atarte los zapatos, conducir un auto o andar en bicicleta. A estos recuerdos se accede sin conciencia consciente, se traducen automáticamente en acciones sin que nosotros nos demos cuenta. Como tales, muchas veces pueden ser difíciles de enseñar o explicar a otras personas. Las memorias implícitas difieren de los guiones semánticos descritos anteriormente en que suelen ser acciones que involucran movimiento y coordinación motora, mientras que los guiones tienden a enfatizar las normas o comportamientos sociales.



Figura5.6.1: Un niño pequeño caminando. (Imagen en imágenes de dominio público)

Almacenamiento de memoria a corto plazo

La **memoria a corto plazo** es la capacidad de retener información por un corto período de tiempo (del orden de segundos). En el proceso de codificación, la información ingresa al cerebro y puede olvidarse rápidamente si no se almacena más en la memoria a corto plazo. George A. Miller sugirió que la capacidad de almacenamiento de memoria a corto plazo es de aproximadamente siete elementos más o menos dos, pero los investigadores modernos están demostrando que esto puede variar dependiendo de variables como las propiedades fonológicas de los elementos almacenados. Cuando varios elementos (como dígitos, palabras o imágenes) se mantienen simultáneamente en la memoria a corto plazo, sus representaciones compiten entre sí para recordar o degradarse entre sí. De este modo, el nuevo contenido empuja gradualmente el contenido más antiguo, a menos que el contenido más antiguo esté protegido activamente contra interferencias por ensayo o dirigiendo la atención hacia él.

La información en la memoria a corto plazo es fácilmente accesible, pero por poco tiempo. Se decae continuamente, por lo que a falta de ensayo (mantener la información en la memoria a corto plazo repitiéndola mentalmente) se puede olvidar.

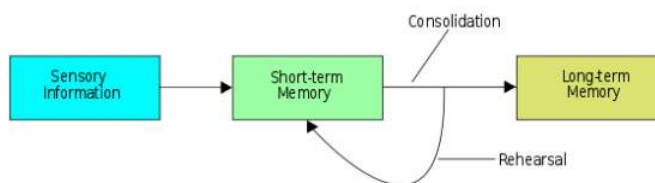


Figura5.6.2: Diagrama del proceso de almacenamiento de memoria. (La imagen de Wikipedia está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Almacenamiento de memoria a largo plazo

A diferencia de la memoria a corto plazo, la **memoria a largo plazo** es la capacidad de retener información semántica durante un período prolongado de tiempo. Los elementos almacenados en la memoria a corto plazo se trasladan a la memoria a largo plazo a través del ensayo, procesamiento y uso. La capacidad de almacenamiento de memoria a largo plazo es mucho mayor que la de la memoria a corto plazo, y tal vez ilimitada. Sin embargo, la duración de los recuerdos a largo plazo no es permanente; a menos que ocasionalmente se recuerde un recuerdo, puede que no se recuerde en ocasiones posteriores. Esto se conoce como olvido.

El almacenamiento de memoria a largo plazo puede verse afectado por lesiones o lesiones cerebrales traumáticas. La amnesia, un déficit de memoria, puede ser causada por daño cerebral. La amnesia anterógrada es la incapacidad de almacenar nuevos recuerdos; la amnesia retrógrada es la incapacidad de recuperar viejos recuerdos. Estos tipos de amnesia indican que la memoria sí tiene un proceso de almacenamiento.²⁵

Colaboradores y Atribuciones

25. **Desarrollo Infantil** por Ana R. Leon está licenciado bajo CC BY 4.0

This page titled **5.6: Memoria y Atención** is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons).

5.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- La etapa sensoriomotora de Piaget.
- El impacto del entorno social en el aprendizaje de los niños.
- La progresión y las teorías del desarrollo del lenguaje.
- Acondicionamiento clásico y operante y sistemas de refuerzo.
- Los tipos de memoria y cómo funcionan juntos.

En el siguiente capítulo, terminaremos de mirar los dos primeros años de vida examinando el desarrollo social y emocional, incluyendo el temperamento y el apego.

This page titled [5.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

6: Desarrollo Social y Emocional en la Infancia y la Infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Clasificar los tipos de temperamento.
2. Discutir los roles de la cultura y el género en la socialización.
3. Describir la secuencia del desarrollo emocional durante los dos primeros años.
4. Compara diferentes teorías de apego y estilos de apego.
5. Explicar la etapa de confianza frente a la desconfianza de Erikson.
6. Opciones de cuidado infantil en contraste para familias.

Si bien el temperamento está determinado por la genética y las emociones se desarrollan a través de la maduración, las interacciones tempranas que tenemos con los adultos que nos cuidan de infantes y niños pequeños son muy importantes para el desarrollo emocional saludable. Examinemos algunas de las interacciones e hitos importantes en el desarrollo social y emocional durante los dos primeros años de vida.

[6.1: Temperamento](#)

[6.2: Personalidad](#)

[6.3: Emociones infantiles](#)

[6.4: Hitos sociales y emocionales](#)

[6.5: Formar accesorios](#)

[6.6: Cuidado de niños](#)

[6.S: Resumen](#)

Miniaturas: www.pexels.com/photo/baby-touching-woman-s-face-1257110/

This page titled [6: Desarrollo Social y Emocional en la Infancia y la Infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

6.1: Temperamento

Quizás has pasado tiempo con varios infantes. ¿Cómo eran iguales? ¿En qué se diferenciaron? ¿Cómo se compara con tus hermanos u otros hijos que conoces bien? Es posible que hayas notado que algunos parecían estar de mejor humor que otros y que algunos eran más sensibles al ruido o se distraían más fácilmente que otros. Estas diferencias pueden atribuirse al temperamento. El temperamento es las características innatas del lactante, incluyendo el estado de ánimo, el nivel de actividad y la reactividad emocional, que se notan poco después del nacimiento.

En un estudio histórico de 1956, Chess y Thomas (1996) evaluaron el temperamento de 141 niños a partir de entrevistas con los padres. Conocido como el New York Longitudinal Study, los infantes fueron evaluados en 10 dimensiones de temperamento incluyendo:

- nivel de actividad
- ritmicidad (regularidad de las funciones biológicas)
- acercamiento/retiro (cómo los niños manejan las cosas nuevas)
- adaptabilidad a situaciones
- intensidad de las reacciones
- umbral de respuesta (qué tan intenso tiene que ser un estímulo para que el niño reaccione)
- calidad del estado de ánimo
- distractibilidad
- palmo de atención
- persistencia

Con base en los perfiles de comportamiento de los bebés, se clasificaron en tres tipos generales de temperamento:

Tabla6.1.1: Tipos de temperamento

Tipo	Porcentaje	Descripción
Fácil	40%	• Capaz de adaptarse rápidamente a la rutina y a las nuevas situaciones • Permanece en calma • Fácil de calmar • Generalmente en estado de ánimo positivo
Difícil	10%	• Reacciona negativamente a nuevas situaciones • Tiene problemas para adaptarse a la rutina • Generalmente negativo en el estado de ánimo • Lloro con frecuencia
Lento a calentamiento	15%	• Bajo nivel de actividad • Se ajusta lentamente a nuevas situaciones • A menudo negativo en estado de ánimo

Como se puede ver los porcentajes no equivalen al 100% ya que algunos niños no pudieron ser colocados pulcramente en una de las categorías. Piense en cómo se debe abordar cada tipo de niño para mejorar las interacciones con ellos. Un niño fácil requiere menos intervención, pero aún tiene necesidades que no deben pasarse por alto. Es posible que un niño de calentamiento lento deba recibir una advertencia anticipada si se van a introducir nuevas personas o situaciones. Un niño con un temperamento difícil puede necesitar que se le dé tiempo extra para quemar su energía.

La capacidad de un cuidador para trabajar bien y leer con precisión al niño disfrutará de una **bondad de ajuste**, lo que significa que sus estilos coinciden y la comunicación e interacción pueden fluir. Los padres que reconocen el temperamento de cada niño y lo aceptan, nutrirán interacciones más efectivas con el niño y fomentarán un funcionamiento más adaptativo. ¹



Figura6.1.1: Los padres de esta niña aventurera le dan un buen “ajuste” a su temperamento. (La imagen está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

La crianza de los hijos es bidireccional

No sólo los padres afectan a sus hijos, los hijos influyen en sus padres. Las características de un niño, como el temperamento, afectan los comportamientos y roles parentales. Por ejemplo, un bebé con un temperamento fácil puede permitir que los padres se sientan más efectivos, ya que son fácilmente capaces de calmar al niño y provocar sonrisas y arroyos. Por otro lado, un bebé malhumorado o quisquilloso provoca menos reacciones positivas de sus padres y puede resultar en que los padres se sientan menos efectivos en el papel de crianza (Eisenberg et al., 2008). Con el tiempo, los padres de niños más difíciles pueden volverse más punitivos y menos pacientes con sus hijos (Clark, Kochanska, & Ready, 2000; Eisenberg et al., 1999; Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011). Los padres que tienen un hijo quisquilloso y difícil están menos satisfechos con sus matrimonios y tienen mayores desafíos para equilibrar los roles laborales y familiares (Hyde, Else-Quest, & Goldsmith, 2004). Así, el temperamento infantil es una de las características del niño que influye en cómo se comportan los padres con sus hijos.

Colaboradores y Atribuciones

1. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [6.1: Temperamento](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

6.2: Personalidad

El temperamento no cambia drásticamente a medida que crecemos, pero podemos aprender a trabajar y manejar nuestras cualidades temperamentales. El temperamento puede ser una de las cosas de nosotros que permanece igual durante todo el desarrollo. En contraste, la **personalidad**, definida como el patrón consistente de sentir, pensar y comportarse de un individuo, es el resultado de la interacción continua entre la disposición biológica y la experiencia.

La personalidad también se desarrolla a partir del temperamento de otras maneras (Thompson, Winer, & Goodvin, 2010). A medida que los niños maduran biológicamente, las características temperamentales surgen y cambian con el tiempo. Un recién nacido no es capaz de mucho autocontrol, pero a medida que avanzan las capacidades de autocontrol basadas en el cerebro, los cambios temperamentales en la autorregulación se hacen más evidentes. Por ejemplo, un recién nacido que llora frecuentemente no necesariamente tiene una personalidad gruñona; con el tiempo, con el suficiente apoyo de los padres y una mayor sensación de seguridad, el niño podría tener menos probabilidades de llorar.

Además, la personalidad está conformada por muchas otras características además del temperamento. El autoconcepto de desarrollo de los niños, sus motivaciones para lograr o socializar, sus valores y metas, sus estilos de afrontamiento, su sentido de responsabilidad y conciencia, así como muchas otras cualidades se engloban en la personalidad. Estas cualidades están influenciadas por disposiciones biológicas, pero aún más por las experiencias del niño con otros, particularmente en relaciones cercanas, que guían el crecimiento de las características individuales. De hecho, el desarrollo de la personalidad comienza con los fundamentos biológicos del temperamento pero se vuelve cada vez más elaborado, extendido y refinado con el tiempo. El recién nacido que los padres miraban se convierte así en un adulto con una personalidad de profundidad y matiz. 3

Cultura y Personalidad

El término **cultura** se refiere a todas las creencias, costumbres, ideas, comportamientos y tradiciones de una sociedad en particular que se transmiten de generación en generación. La cultura se transmite a las personas a través del lenguaje, así como a través del modelado del comportamiento, y define qué rasgos y comportamientos se consideran importantes, deseables o indeseables.

Dentro de una cultura hay normas y expectativas conductuales. Estas normas culturales pueden dictar qué rasgos de personalidad se consideran importantes. El investigador Gordon Allport consideró que la cultura es una influencia importante en los rasgos y definió rasgos comunes como aquellos que son reconocidos dentro de una cultura. Estos rasgos pueden variar de una cultura a otra en función de diferentes valores, necesidades y creencias. Los rasgos positivos y negativos pueden ser determinados por las expectativas culturales: lo que se considera un rasgo positivo en una cultura puede considerarse negativo en otra, resultando así en diferentes expresiones de personalidad entre culturas.



Figura6.2.1: Una familia de una cultura no occidental. (Imagen de Theodor Goutas en Unsplash)

Considerar las influencias culturales sobre la personalidad es importante porque las ideas y teorías occidentales no son necesariamente aplicables a otras culturas (Benet-Martinez & Oishi, 2008). Hay mucha evidencia de que la fuerza de los rasgos de personalidad varía entre culturas, y esto es especialmente cierto cuando se comparan culturas individualistas (como las culturas europea, norteamericana y australiana) y culturas colectivistas (como las culturas asiáticas, africanas y sudamericanas). Las personas que viven en **culturas individualistas** tienden a creer que la independencia, la competencia y el logro personal son importantes. En contraste, las personas que viven en **culturas colectivistas** tienden a valorar la armonía social, el respeto y las necesidades grupales sobre las necesidades individuales. Estos valores influyen en la personalidad de maneras diferentes pero sustanciales; por ejemplo, Yang (2006) encontró que las personas en culturas individualistas mostraban rasgos de personalidad más orientados a la persona, mientras que las personas en culturas colectivistas mostraban rasgos de personalidad más orientados socialmente 5.

Género y Personalidad

De la misma manera que las normas culturales pueden influir en la personalidad y el comportamiento, las normas de género (los comportamientos a los que se espera que se ajusten hombres y mujeres en una sociedad determinada) también pueden influir en la personalidad al enfatizar diferentes rasgos entre diferentes géneros.



Figura6.2.2: Una infante femenina vistiendo ropa y accesorios estereotípicamente femeninos. (Imagen de Abdullah Shakoor en Pixabay)



Figura6.2.3: Un infante masculino con ropa estereotípicamente masculina. (La imagen está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

Las ideas de comportamiento apropiado para cada género (masculino y femenino) varían entre culturas y tienden a cambiar con el tiempo. Por ejemplo, la agresión y la asertividad se han enfatizado históricamente como rasgos positivos de personalidad masculina en Estados Unidos. En tanto, la sumisión y el cuidado se han sostenido históricamente como rasgos femeninos ideales. Si bien muchos **roles de género** siguen siendo los mismos, otros cambian con el tiempo. En 1938, por ejemplo, solo 1 de cada 5 estadounidenses estuvo de acuerdo en que una mujer casada debía ganar dinero en la industria y los negocios. Para 1996, sin embargo, 4 de cada 5 estadounidenses aprobaron que las mujeres trabajaran en estos campos. Este tipo de cambio de actitud ha ido acompañado de cambios de comportamiento que coinciden con cambios en las expectativas de rasgos y cambios en la identidad personal de hombres y mujeres. 8

Colaboradores y Atribuciones

3. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

5. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

8. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [6.2: Personalidad](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

6.3: Emociones infantiles

Al nacer, los infantes presentan dos respuestas emocionales: atracción y abstinencia. Muestran atracción por situaciones agradables que traen comodidad, estimulación y placer, y se retiran de estímulos desagradables como sabores amargos o molestias físicas. Alrededor de los dos meses, los infantes exhiben compromiso social en forma de sonrisa social mientras responden con sonrisas a quienes atraen su atención positiva (Lavelli y Fogel, 2005).

La sonrisa social se vuelve más estable y organizada a medida que los infantes aprenden a usar sus sonrisas para involucrar a sus padres en las interacciones. El placer se expresa como risa a los 3 a 5 meses de edad, y el descontento se vuelve más específico como el miedo, la tristeza o la ira entre los 6 y 8 meses de edad.

La ira suele ser la reacción a que se le impida obtener un gol, como que se quita un juguete (Braungart-Rieker, Hill-Soderlund, & Karrass, 2010). En contraste, la tristeza suele ser la respuesta cuando los infantes son privados de un cuidador (Papousek, 2007). El miedo a menudo se asocia con la presencia de un extraño, conocido como **advertencia de extraño**, o la salida de otras personas significativas conocidas como **ansiedad de separación**. Ambos aparecen en algún momento entre 6 y 15 meses después de que se haya adquirido la permanencia del objeto. Además, hay algún indicio de que los infantes pueden experimentar celos desde los 6 meses de edad (Hart & Carrington, 2002).



Figura6.3.1: Un infante haciendo una expresión facial enojada. (Imagen de Brytny.com en Unsplash)

Las emociones a menudo se dividen en dos categorías generales: **Las emociones básicas** (emociones primarias), como el interés, la felicidad, la ira, el miedo, la sorpresa, la tristeza y el disgusto, que aparecen primero, y **las emociones autoconscientes** (emociones secundarias), como envidia, orgullo, vergüenza, culpa, duda, y vergüenza. A diferencia de las emociones primarias, las emociones secundarias aparecen cuando los niños comienzan a desarrollar un autoconcepto, y requieren instrucción social sobre cuándo sentir tales emociones. Las situaciones en las que los niños aprenden emociones autoconscientes varían de una cultura a otra. Las culturas individualistas nos enseñan a sentirnos orgullosos de los logros personales, mientras que en culturas más colectivas a los niños se les enseña a no llamar la atención sobre sí mismos, a menos que desee sentirse avergonzado por hacerlo (Akimoto & Sanbinmatsu, 1999).



Figura6.3.2: Un bebé haciendo una expresión facial triste (La imagen de acheron0 está licenciada bajo CC BY 2.0)

Las expresiones faciales de emoción son importantes reguladores de la interacción social. En la literatura del desarrollo, este concepto ha sido investigado bajo el concepto de **referenciación social**; es decir, el proceso por el cual los infantes buscan información de otros para aclarar una situación y luego usar esa información para actuar (Klinnert, Campos, & Sorce, 1983). A la fecha, la demostración más fuerte de referenciación social proviene del trabajo en el acantilado visual. En el primer estudio para investigar este concepto, Campos y colegas (Sorce, Emde, Campos, & Klinnert, 1985) colocaron a las madres en el extremo más alejado del “acantilado” del infante. Las madres primero sonrieron a los infantes y colocaron un juguete encima del vidrio de seguridad para atraerlos; los infantes invariablemente comenzaron a gatear hacia sus madres. Sin embargo, cuando los infantes estaban en el centro de la mesa, la madre planteó entonces una expresión de miedo, tristeza, ira, interés o alegría. Los resultados fueron claramente diferentes para los diferentes rostros; ningún lactante cruzó la mesa cuando la madre mostró miedo; solo 6% lo hizo cuando la madre planteó ira, 33% cruzó cuando la madre posó tristeza, y aproximadamente 75% de los infantes cruzaron cuando la madre planteaba alegría o interés.

Otros estudios brindan un apoyo similar a las expresiones faciales como reguladores de la interacción social. Los investigadores plantearon expresiones faciales de neutralidad, ira o disgusto hacia los bebés a medida que se movían hacia un objeto y midieron la cantidad de inhibición que mostraron los bebés al tocar el objeto (Bradshaw, 1986). Los resultados para los niños de 10 y 15 meses fueron los mismos: La ira produjo la mayor inhibición, seguida de disgusto, con la neutra la menor. Este estudio se replicó posteriormente utilizando expresiones de alegría y disgusto, alterando el método para que no se permitiera que los infantes tocaran el juguete (en comparación con un objeto distractor) hasta una hora después de la exposición a la expresión (Hertenstein & Campos, 2004). A los 14 meses de edad, significativamente más infantes tocaron el juguete cuando vieron expresiones alegres, pero menos tocaron el juguete cuando los infantes vieron asco.

Un cambio emocional final está en la autorregulación. **La autorregulación emocional** se refiere a estrategias que utilizamos para controlar nuestros estados emocionales para que podamos alcanzar metas (Thompson & Goodvin, 2007). Esto requiere un control minucioso de las emociones e inicialmente requiere la asistencia de los cuidadores (Rothbart, Posner, & Kieras, 2006). Los bebés pequeños tienen una capacidad muy limitada para ajustar sus estados emocionales y dependen de sus cuidadores para ayudar a calmarse. Los cuidadores pueden ofrecer distracciones para redirigir la atención y comodidad del bebé para reducir la angustia emocional. A medida que continúan desarrollándose áreas de la corteza prefrontal del lactante, los bebés pueden tolerar más estimulación. A los 4 a 6 meses, los bebés pueden comenzar a apartar su atención de los estímulos molestos (Rothbart et al, 2006). Los bebés mayores y niños pequeños pueden comunicar de manera más efectiva su necesidad de ayuda y pueden gatear o caminar hacia o lejos de diversas situaciones (Cole, Armstrong y Pemberton, 2010). Esto ayuda en su capacidad de autorregulación. El temperamento también juega un papel en la capacidad de los niños para controlar sus estados emocionales, y se han observado diferencias individuales en la autorregulación emocional de bebés y niños pequeños (Rothbart & Bates, 2006). 11



Figura6.3.3: Un niño pequeño en un parque. (La imagen está licenciada bajo CC0)

Desarrollo del sentido de sí mismo: Durante el segundo año de vida, los niños comienzan a reconocerse a sí mismos a medida que adquieren un sentido de sí mismos como separados de su cuidador principal. En un experimento clásico de Lewis y Brooks (1978) niños de 9 a 24 meses de edad fueron colocados frente a un espejo luego de que se les colocara una mancha de rouge en la nariz mientras sus madres fingían limpiarse algo de la cara del niño. Si el niño reaccionaba tocando su propia nariz en lugar de la del “bebé” en el espejo, se tomó para sugerir que el niño reconocía el reflejo como él mismo. Lewis y Brooks descubrieron que en algún lugar entre 15 y 24 meses la mayoría de los bebés desarrollaron un sentido de autoconciencia. La **autoconciencia** es la realización de que estás separado de los demás (Kopp, 2011). Una vez que un niño ha logrado la autoconciencia, el niño avanza hacia la comprensión de las emociones sociales como la culpa, la vergüenza o la vergüenza, así como, la simpatía o la empatía. 13

Colaboradores y Atribuciones

11. **Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica** por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

13. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [6.3: Emociones infantiles](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

6.4: Hitos sociales y emocionales

A medida que los bebés y niños pequeños interactúan con otras personas, se desarrollan sus habilidades sociales y emocionales. Aquí hay una tabla de hitos sociales y emocionales que suelen experimentar durante los dos primeros años.

Tabla 6.4.1: Hitos sociales y emocionales ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
2 meses	- Comienza a sonreír a la gente - Puede calmarse brevemente (puede llevar las manos a la boca y chupar la mano) - Intenta mirar a los padres
4 meses	- Sonríe espontáneamente, especialmente a las personas - Le gusta jugar con la gente y puede llorar cuando se detiene el juego - Copia algunos movimientos y expresiones faciales, como sonreír o fruncir el ceño
6 meses	- Conoce rostros familiares y empieza a saber si alguien es un extraño - Le gusta jugar con los demás, especialmente con los padres - Responde a las emociones de otras personas y a menudo parece feliz - Le gusta mirarse a sí mismo en un espejo
9 meses	- Puede tener miedo de extraños - Puede ser ceñido con adultos familiares - Tiene juguetes favoritos
1 año	- Es tímido o nervioso con extraños - Llora cuando mamá o papá se van - Tiene cosas favoritas y gente - Muestra miedo en algunas situaciones - Te entrega un libro cuando quieres escuchar una historia - Repite sonidos o acciones para llamar la atención - Saca el brazo o la pierna para ayudar con el apósito - Juega juegos como “peek-a-boo” y “pat-a-cake”
18 meses	- Le gusta entregar cosas a los demás como juego - Puede tener rabietas - Puede tener miedo de extraños - Muestra afecto a personas familiares - Juega a fingir simple, como alimentar a una muñeca - Puede aferrarse a los cuidadores en nuevas situaciones - Puntos para mostrar a otros algo interesante - Explora solo pero con padres cerca
2 años	- Copia a otros, especialmente adultos y niños mayores - Se emociona cuando está con otros niños - Muestra cada vez más independencia - Muestra comportamiento desafiante (haciendo lo que le han dicho que no haga) - Juega principalmente al lado de otros niños, pero está empezando a incluir a otros niños, como en los juegos de persecución

This page titled [6.4: Hitos sociales y emocionales](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

6.5: Formar accesorios

El **apego** es el vínculo estrecho con un cuidador del cual el lactante deriva una sensación de seguridad. La formación de apegos en la infancia ha sido objeto de considerable investigación, ya que los apegos han sido vistos como bases para futuras relaciones. Adicionalmente, los apegos forman la base de la confianza y la curiosidad como niños pequeños, y como influencias importantes en el autoconcepto.



Figura6.5.1: La formación de apego en acción cuando un padre acurruca a un recién nacido. (Imagen de Andrés y Antonieta Ricardo usada con permiso)

Teoría psicoanalítica de Freud

Según Freud (1938) los infantes son criaturas orales que obtienen placer de chupar y bocar objetos. Freud creía que el infante se apegará a una persona u objeto que le brinde este placer. En consecuencia, se creía que los infantes se apegaban a su madre porque ella era la que satisfizo sus necesidades orales y brindaba placer. Freud creía además que los infantes se apegarán a sus madres “si la madre es relajada y generosa en sus prácticas de alimentación, permitiendo así al niño mucho placer oral” (Shaffer, 1985, p. 435).

Investigación de Harlow

En un estudio clásico, los psicólogos de la Universidad de Wisconsin Harry y Margaret Harlow investigaron las respuestas de los monos rhesus jóvenes para explorar si la lactancia materna era el factor más importante para el apego.



Figura6.5.2: Un mono rhesus chupándose el pulgar. (La imagen de [splotter_nl](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Los monos infantiles fueron separados de sus madres biológicas, y dos madres sustitutas fueron introducidas en sus jaulas. La primera madre (la madre de alambre) consistió en una cabeza redonda de madera, una malla de alambres metálicos fríos y un biberón de leche del que podía beber el mono bebé. La segunda madre era una forma de goma-espuma envuelta en una manta de rizo calentada. Los monos infantiles fueron a buscar comida a la madre de alambre, pero ellos prefirieron abrumadoramente y pasaron significativamente más tiempo con la cálida madre de rizo. La cálida madre de rizo no proporcionó comida pero sí brindó comodidad (Harlow, 1958). La necesidad del bebé de cercanía física y contacto se conoce como **comodidad de contacto**. Se cree que la comodidad de contacto es la base para el apego. Los estudios de los Harlows confirmaron que los bebés tienen necesidades sociales y físicas. Tanto los monos como los bebés humanos necesitan una base segura que les permita sentirse seguros. A partir de esta base, pueden ganar la confianza que necesitan para aventurarse y explorar sus mundos.

Teoría de Bowlby

Basándose en el trabajo de Harlow y otros, John Bowlby desarrolló el concepto de teoría del apego. Definía el apego como el vínculo afectivo o lazo que un infante forma con la madre (Bowlby, 1969). Un lactante debe formar este vínculo con un cuidador primario para tener un desarrollo social y emocional normal. Además, Bowlby propuso que este vínculo de apego es muy poderoso y continúa a lo largo de la vida. Utilizó el concepto de una base segura para definir un apego saludable entre padres e hijos (Bowlby, 1982). Una **base segura** es una presencia parental que le da al niño una sensación de seguridad mientras el niño explora el entorno.



Figura6.5.3: Una madre que ofrece una base segura mientras su bebé juega en un tobogán. (La imagen está licenciada bajo [CC0](#))

Bowlby dijo que se necesitan dos cosas para un apego saludable: El cuidador debe responder a las necesidades físicas, sociales y emocionales del niño; y el cuidador y el niño deben participar en interacciones mutuamente agradables (Bowlby, 1969). Adicionalmente, Bowlby observó que los infantes harían esfuerzos extraordinarios para evitar la separación de sus padres, como llorar, negarse a ser consolados y esperar a que regresara el cuidador.



Figura6.5.4: Este niño busca consuelo a partir de una figura de apego. (Imagen en Pexels)

Bowlby también observó que estas mismas expresiones eran comunes a muchos otros mamíferos, y en consecuencia argumentó que estas respuestas negativas a la separación cumplen una función evolutiva. Debido a que los bebés mamíferos no pueden alimentarse ni protegerse a sí mismos, dependen del cuidado y protección de los adultos para su supervivencia. Así, aquellos infantes que pudieron mantener la proximidad a una figura de apego tuvieron más probabilidades de sobrevivir y reproducirse.

Erikson: Confianza contra desconfianza

Como se discutió anteriormente en el capítulo 1, Erikson formuló una teoría de ocho etapas del desarrollo psicosocial. Erikson estuvo de acuerdo en la importancia de una base segura, argumentando que el objetivo más importante de la infancia era el desarrollo de un sentido básico de confianza en los cuidadores. En consecuencia, la primera etapa, confianza vs. desconfianza, resalta la importancia del apego. Erikson sostuvo que el primer año a año y medio de vida implica el establecimiento de un sentido de confianza (Erikson, 1982). Los bebés son dependientes y deben depender de otros para satisfacer sus necesidades físicas básicas, así como sus necesidades de estimulación y comodidad. Un cuidador que satisface constantemente estas necesidades infunde un sentido de confianza o la creencia de que el mundo es un lugar confiable. El cuidador no debe preocuparse por satisfacer demasiado la necesidad de comodidad, contacto o estimulación de un niño.



Figura6.5.5: Este padre vestido de bebé está creando confianza con su niño pequeño. (Imagen de [Ferenc Horvath](#) en [Unsplash](#))

Problemas para establecer la confianza

Erikson (1982) creía que la desconfianza podía contaminar todos los aspectos de la vida de uno y privar al individuo del amor y la comunión con los demás. Considere las implicaciones para establecer confianza si un cuidador no está disponible o está molesto y mal preparado para cuidar a un niño. O si un niño nace prematuramente, no es deseado, o tiene problemas físicos que lo hacen más desafiante para los padres. En estas circunstancias, no podemos asumir que el padre le va a proporcionar al niño un sentimiento de confianza.

Mary Ainsworth y la extraña situación

La psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth, estudiante de John Bowlby, continuó estudiando el desarrollo del apego en infantes. Ainsworth y sus colegas crearon una prueba de laboratorio que midió el apego de un bebé a sus padres. El examen se llama **The Strange Situation** porque se realiza en un contexto desconocido para el niño y por lo tanto probablemente acrecentará la necesidad del niño de sus padres (Ainsworth, 1979).



Figura6.5.6: Un infante gateando en el suelo con juguetes alrededor como se hace en la Extraña Situación. (La imagen es de dominio público)

Durante el procedimiento, que dura unos 20 minutos, el padre y el bebé primero se dejan solos, mientras que el infante explora la habitación llena de juguetes. Entonces un extraño adulto entra a la habitación y habla por un minuto con el padre, después de lo cual el padre sale de la habitación. El desconocido se queda con el infante unos minutos, y luego vuelve a entrar el padre y el desconocido sale de la habitación. Durante toda la sesión, una cámara de video registra los comportamientos del niño, que posteriormente son codificados por el equipo de investigación. A los investigadores les interesó especialmente cómo respondía el niño a que el cuidador saliera y regresara a la habitación, referido como el “reencuentro”. A partir de sus comportamientos, los niños son categorizados en uno de cuatro grupos donde cada grupo refleja un tipo diferente de relación de apego con el cuidador. Un estilo es seguro y los otros tres estilos se denominan inseguros.

- Un niño con un **estilo de apego seguro** generalmente explora libremente mientras el cuidador está presente y puede relacionarse con el extraño. El niño suele jugar con los juguetes y llevar uno al cuidador para mostrarlo y describirlo de vez en cuando. El niño puede estar molesto cuando el cuidador se va, pero también está feliz de ver al cuidador regresar.
- Un niño con un **estilo de apego ambivalente** (a veces llamado resistente) desconfía de la situación en general, particularmente del extraño, y se mantiene cerca o incluso se aferra al cuidador en lugar de explorar los juguetes. Cuando el cuidador se va, el niño está extremadamente angustiado y es ambivalente cuando el cuidador regresa. El niño puede apresurarse hacia el cuidador, pero luego no puede ser consolado cuando lo recogen. El niño aún puede estar enojado e incluso resistirse a los intentos de calmarse.
- Un niño con un **estilo de apego evitativo** evitará o ignorará a la madre, mostrando poca emoción cuando la madre sale o regresa. El niño puede huir de la madre cuando se acerca. El niño no explorará mucho, independientemente de quién esté ahí, y

el extraño no será tratado de manera muy diferente a la madre.

- Un niño con un **estilo de apego desorganizado/desorientado** parece tener una forma inconsistente de hacer frente al estrés de la extraña situación. El niño puede llorar durante la separación, pero evitar a la madre cuando regrese, o el niño puede acercarse a la madre pero luego congelarse o caer al suelo.

¿Qué tan comunes son los estilos de apego entre los niños en Estados Unidos? Se estima que alrededor del 65 por ciento de los niños en Estados Unidos están apegados de manera segura. El veinte por ciento exhibe estilos de evitación y del 10 al 15 por ciento son ambivalentes. Otro 5 a 10 por ciento puede caracterizarse como desorganizado.

Se han encontrado algunas diferencias culturales en los estilos de apego (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2010). Por ejemplo, los padres alemanes valoran la independencia y las madres japonesas suelen estar al lado de sus hijos. Como resultado, la tasa de accesorios inseguros que evitan es mayor en Alemania y los accesorios resistentes a la inseguridad son más altos en Japón. Sin embargo, estas diferencias reflejan la variación cultural más que la verdadera inseguridad (van Ijzendoorn y Sagi, 1999).

Tenga en cuenta que los métodos para medir estilos de apego se han basado en un modelo que refleja los valores e interpretación de clase media, Estados Unidos. Los métodos más nuevos para evaluar los estilos de apego implican el uso de una **técnica Q-sort** en la que se registra una gran cantidad de comportamientos en las tarjetas y el observador las ordena de una manera que refleje el tipo de comportamiento que ocurre dentro de la situación (Waters, 1987). Hay 90 ítems en la tercera versión de la técnica Q-sort, y ejemplos de los comportamientos evaluados incluyen:

- Cuando el niño regresa con la madre después de jugar, el niño a veces es quisquilloso sin razón clara.
- Cuando el niño está molesto o lesionado, el niño aceptará reconfortantes de adultos que no sean la madre.
- El niño a menudo abraza o se abraza contra la madre, sin que ella pida o invite al niño a hacerlo.
- Cuando el niño está molesto por la partida de la madre, el niño sigue llorando o incluso se enoja después de que se ha ido.

Al menos dos investigadores observan al niño y al padre en el hogar durante 1.5-2 horas por visita. Por lo general, dos visitas son suficientes para recabar la información adecuada. Se le pregunta al padre si los comportamientos observados son típicos para el niño. Esta información se utiliza para probar la validez de las clasificaciones de Situación Extraña a través de la edad, cultivos y con poblaciones clínicas.

Consistencia del cuidador

Tener un cuidador consistente puede verse comprometido si el infante es atendido en un entorno de cuidado infantil con una alta rotación de personal o si se institucionaliza y se le da poco más que atención física básica.

Los infantes que, tal vez por estar en orfanatos con atención inadecuada, no han tenido la oportunidad de unirse en la infancia aún pueden formar apegos iniciales seguros varios años después. Sin embargo, pueden tener más problemas emocionales de depresión, ira, o ser demasiado amigables a medida que interactúan con los demás (O'Connor et. al., 2003).

Privación social

La privación severa del apego de los padres puede conducir a problemas graves. Según estudios de niños que no han recibido cuidados cálidos y nutritivos, pueden mostrar retrasos en el desarrollo, falta de crecimiento y trastornos del apego (Bowlby, 1982).

La falla no orgánica para prosperar es el diagnóstico para un bebé que no crece, se desarrolla o aumenta de peso según lo programado. Además, la depresión posparto puede hacer que incluso una madre bien intencionada descuide a su bebé.



Figura6.5.7: Se trata de una guardería residencial en 1888. (La imagen es de dominio público)

Trastorno reactivo del apego

Los niños que experimentan negligencia o privación social, cambian repetidamente a los cuidadores primarios que limitan las oportunidades de formar apegos estables, o son criados en entornos inusuales (como instituciones) que limitan las oportunidades de formar vínculos estables ciertamente pueden tener dificultades para formar apegos. De acuerdo con el Diagnostic and Manual of Mental Disorders, 5ª edición (American Psychiatric Association, 2013), aquellos niños que experimentan situaciones negligentes y que también muestran un comportamiento de apego marcadamente perturbado e inapropiado para el desarrollo, como ser inhibido y retraído, mínimo social y la capacidad de respuesta emocional a otros, y el afecto positivo limitado, pueden ser diagnosticados con **Trastorno Reactivo del Apego**. Este trastorno suele ocurrir con retrasos en el desarrollo, especialmente en áreas cognitivas y del lenguaje. Afortunadamente, la mayoría de los niños severamente descuidados no desarrollan el Trastorno Reactivo del Apego, el cual ocurre en menos del 10% de esos niños. La calidad del ambiente cuidador después de un abandono grave afecta el desarrollo de este trastorno.

Resiliencia

Ser capaz de superar desafíos y adaptarse con éxito es **resiliencia**. Incluso los niños pequeños pueden exhibir una fuerte resistencia a las duras circunstancias. La resiliencia se puede atribuir a ciertos factores de personalidad, como un temperamento tranquilo. Algunos niños son cálidos, amigables y receptivos, mientras que otros tienden a ser más irritables, menos manejables y difíciles de consolar, y estas diferencias juegan un papel en el apego (Gillath, Shaver, Baek, & Chun, 2008; Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick, & Riordan, 1996). Parece seguro decir que el apego, como la mayoría de los otros procesos de desarrollo, se ve afectado por un juego inter de influencias genéticas y de socialización.

Recibir apoyo de otros también conduce a la resiliencia. Un grupo de apoyo positivo y fuerte puede ayudar a un padre y un niño a construir una base sólida al ofrecer asistencia y actitudes positivas hacia el recién nacido y los padres. En una prueba directa de esta idea, el investigador holandés van den Boom (1994) asignó al azar a las madres de algunos bebés a una sesión de entrenamiento en la que aprendieron a responder mejor a las necesidades de sus hijos. La investigación encontró que los bebés de estas madres tenían más probabilidades de mostrar un estilo de apego seguro en comparación con las madres en un grupo de control que no recibieron entrenamiento. 22



Figura6.5.8: Esta clase de masaje infantil para madres recién nacidas podría brindar capacitación y apoyo a las madres. (La imagen es de dominio público)

Colaboradores y Atribuciones

22. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [6.5: Formar accesorios](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

6.6: Cuidado de niños

Según la Oficina del Censo de Estados Unidos en 2011, más del sesenta por ciento de las familias con hijos menores de cinco años dependían de arreglos regulares de cuidado infantil. Alrededor de una cuarta parte de esas familias utilizaron centros de cuidado infantil organizados como su disposición primaria.²⁴

El cuidado infantil implica supervisar a un niño o niños, generalmente desde la infancia hasta los trece años, y generalmente se refiere al trabajo realizado por alguien fuera de la familia inmediata del niño. El cuidado infantil es un tema amplio que abarca un amplio espectro de contextos, actividades, convenciones sociales y culturales e instituciones. La mayoría de las instituciones de cuidado infantil que están disponibles requieren que los proveedores de cuidado infantil cuenten con una amplia capacitación en primeros auxilios y estén certificados en RCP. Además, normalmente se requieren verificaciones de antecedentes, pruebas de drogas y verificación de referencias.

Es tradicional en la sociedad occidental que los niños sean atendidos por sus padres o sus tutores legales. En las familias donde los niños conviven con uno o ambos de sus padres, la función de cuidado infantil también puede ser asumida por la familia extensa del niño. Si un padre o familia extendida no puede cuidar a los niños, los orfanatos y hogares de acogida son una manera de proporcionar el cuidado, la vivienda y la escolaridad de los niños.

Cuidado infantil en Estados Unidos

Las opciones formales de cuidado infantil incluyen **cuidado basado en centros** y **hogares de cuidado infantil familiar**. Cada estado tiene diferentes regulaciones para otorgar licencias a centros de cuidado infantil, incluidos los requisitos de los maestros. En algunos estados, la enseñanza en un centro de cuidado infantil requiere un título de asociado en desarrollo infantil. Los estados con estándares de calidad integrados en sus programas de licencias pueden tener mayores requisitos para el personal de apoyo, como los asistentes de maestros. **Head Start** (un programa de cuidado infantil financiado por el gobierno federal para familias con ingresos calificados) los maestros principales deben tener una licenciatura en Educación Infantil Temprana. Los estados varían en otros estándares establecidos para los proveedores de guarderías, como la proporción de maestros a hijos.



Figura 6.15 — Un cuidador leyendo a un lactante. (Imagen del Servicio Médico de la Fuerza Aérea es de dominio público)

La legislación estatal podrá regular el número y edades de los niños permitidos antes de que el hogar sea considerado un programa oficial de cuidado infantil familiar y sujeto a regulaciones de licencia. A menudo, la credencial de Asociado de Desarrollo Infantil reconocida a nivel nacional es el estándar mínimo para el individuo que lidera este programa de cuidado



Figura 6.16 — Un cuidador jugando con un grupo de niños. (Imagen de la Fuerza Aérea de Estados Unidos es de dominio público)

Además de estas opciones con licencia, los padres también pueden optar por encontrar su propio cuidador o concertar intercambios/intercambios de cuidado de niños con otra familia. Esta atención suele ser proporcionada por niñeras, au pairs o amigos y familiares. El niño es vigilado dentro de su propio hogar o en el hogar del cuidador, lo que reduce la exposición a niños externos y enfermedades. Dependiendo del número de niños en el hogar, los niños que utilizan la atención en el hogar pueden disfrutar de la mayor cantidad de interacción con su cuidador y formar un vínculo estrecho.

No se requieren licencias ni verificaciones de antecedentes para este tipo de atención domiciliaria, lo que hace que la vigilancia de los padres sea esencial para elegir un cuidador adecuado. El costo de la atención domiciliaria es el más alto de las opciones de cuidado infantil por niño, aunque un hogar con muchos hijos puede encontrar esta la opción más conveniente y asequible. 27

Colaboradores y Atribuciones

24. [Who's Minding the Kids](#) de la Oficina del [Censo de Estados Unidos](#) es de dominio público

27. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 4: Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [6.6: Cuidado de niños](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

6.S: Resumen

En este capítulo, nos fijamos en:

- Temperamento y bondad de ajuste.
- Influencias culturales y de género.
- El desarrollo de las emociones.
- Teorías y estilos de apego.
- La etapa de confianza versus desconfianza de Erikson.
- Importancia del apego y cosas que pueden impedirlo.
- Los tipos de cuidado infantil a disposición de las familias.

This page titled [6.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

CHAPTER OVERVIEW

7: Desarrollo físico en la primera infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Describir los cambios físicos que ocurren en la primera infancia.
2. Explicar cómo proporcionar nutrición saludable a niños de 3 a 5 años.
3. Resumir cómo apoyar la progresión de las habilidades motoras con actividades apropiadas para la edad.
4. Discutir las necesidades de sueño durante la primera infancia y los trastornos del sueño que pueden afectar a los niños.
5. Explicar el desarrollo detrás del entrenamiento para ir al baño y algunos trastornos de eliminación que los niños pueden experimentar.
6. Reconocer la importancia de la conciencia del desarrollo sexual en la primera infancia.
7. Discutir los riesgos y una variedad de formas de promover y proteger la salud y seguridad de los niños.

Durante los primeros años de la infancia de tres a cinco años vemos cambios significativos en la forma en que los niños se ven, piensan, comunican, regulan sus emociones e interactúan con los demás. A los niños a menudo se les conoce como preescolares durante este período de tiempo. Examinaremos los cambios físicos del niño en edad preescolar en este capítulo.

[7.1: Crecimiento en la primera infancia](#)

[7.2: Preocupaciones nutricionales](#)

[7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables](#)

[7.4: Maduración cerebral](#)

[7.5: Desarrollo de habilidades motoras](#)

[7.6: El sueño y la primera infancia](#)

[7.7: Entrenamiento de Inodoro](#)

[7.8: Desarrollo Sexual en la Primera Infancia](#)

[7.9: La salud en la primera infancia](#)

[7.10: Seguridad](#)

[7.S: Resumen](#)

Miniaturas: www.pexels.com/foto/acción-...-ls-día-296302/

This page titled [7: Desarrollo físico en la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

7.1: Crecimiento en la primera infancia

Los niños entre las edades de 2 y 6 años tienden a crecer aproximadamente 3 pulgadas de estatura cada año y ganan alrededor de 4 a 5 libras de peso cada año. El niño de 3 años es muy similar a un niño pequeño con cabeza grande, estómago grande, brazos y piernas cortos. Pero para cuando el niño llega a los 6 años, el torso se ha alargado y las proporciones corporales se han vuelto más parecidas a las de los adultos. El promedio de 6 años pesa aproximadamente 46 libras y mide aproximadamente 46 pulgadas de altura. Esta tasa de crecimiento es más lenta que la de la infancia.

This page titled [7.1: Crecimiento en la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.2: Preocupaciones nutricionales

Esa tasa de crecimiento más lenta va acompañada de una disminución del apetito entre las edades de 2 y 6 años. Este cambio a veces puede sorprender a los padres y llevar al desarrollo de malos hábitos alimenticios. Sin embargo, los niños entre las edades de 2 y 3 años necesitan de 1,000 a 1,400 calorías, mientras que los niños de entre 4 y 8 años necesitan de 1,200 a 2,000 calorías (Mayo Clinic, 2016a). 2

Los cuidadores que han establecido una rutina de alimentación con su hijo pueden encontrar la reducción del apetito un poco frustrante y preocuparse de que el niño vaya a morir de hambre. Sin embargo, al proporcionar una nutrición adecuada y sana, y limitar los refrigerios y bebidas azucarados, el cuidador puede estar seguro de que 1) el niño no morirá de hambre; y 2) el niño recibirá una nutrición adecuada. Los preescolares pueden experimentar deficiencias de hierro si no se les da una nutrición bien equilibrada o si se les da demasiada leche ya que el calcio interfiere con la absorción de hierro en la dieta también.

Los cuidadores deben tener en cuenta que están estableciendo preferencias de sabor a esta edad. Los niños pequeños que se acostumbran a sabores altos en grasas, muy dulces y salados pueden tener problemas para comer alimentos que tienen sabores más sutiles como frutas y verduras. Considera los siguientes consejos para establecer patrones de alimentación para los años venideros (Rice, F.P., 1997). Observe que mantener la hora de comer agradable, proporcionar una nutrición sana y no participar en luchas de poder sobre la comida son los objetivos principales.3

Colaboradores y Atribuciones

2. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

[Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

3. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [7.2: Preocupaciones nutricionales](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables

1. No trates de obligar a tu hijo a comer o pelear por la comida. Por supuesto, es imposible obligar a alguien a comer. Pero el verdadero consejo aquí es evitar convertir la comida en una lucha de poder para que la comida no se convierta en una forma de ganarse el favor o expresar enojo hacia otra persona.

2. Reconocer que el apetito varía. Los niños pueden comer bien en una comida y no tener apetito en otra. En lugar de ver esto como un problema, puede ayudar darse cuenta de que los apetitos sí varían. Continuar brindando una buena nutrición en cada hora de la comida (incluso si los niños no eligen comer la comida ocasional).

3. Manténlo agradable. Este consejo está diseñado para ayudar a los cuidadores a crear una atmósfera positiva durante la hora de comer. La hora de las comidas no debe ser el momento para argumentar o expresar tensiones. No quieres que el niño tenga recuerdos dolorosos de las comidas juntos o que tenga estómagos nerviosos y problemas para comer y digerir los alimentos debido al estrés.

4. No hay chefs de pedido corto. Si bien está bien preparar alimentos que los niños disfruten, preparar una comida diferente para cada niño o miembro de la familia establece una expectativa poco realista de los demás. A los niños probablemente les va mejor cuando tienen hambre y una comida está lista. Limitar los refrigerios en lugar de permitir que los niños “pasten” continuamente puede ayudar a crear un apetito por lo que se esté sirviendo.

5. Limitar las opciones. Si le das opciones a tu hijo en edad preescolar, asegúrate de darle una o dos opciones específicas en lugar de preguntar “¿Qué te gustaría para el almuerzo?” Si se les da una opción abierta, ¡los niños pueden cambiar de opinión o elegir lo que su hermano no elija!

6. Sirva comidas balanceadas. Las comidas preparadas en casa tienden a tener mejor valor nutricional que las comidas rápidas o las cenas congeladas. Los alimentos preparados tienden a ser más altos en contenido de grasa y azúcar ya que estos ingredientes mejoran el sabor y el margen de beneficio porque los alimentos frescos suelen ser más costosos y menos rentables. Sin embargo, preparar alimentos frescos en casa no es costoso. Sin embargo, requiere de más actividad. Incluir a los niños en la preparación de comidas puede brindar una experiencia divertida y memorable.

7. No sobornen. Sobornar a un niño para que coma verduras prometiendo postre no es una buena idea. Primero, es probable que el niño encuentre la manera de obtener el postre sin comer las verduras (lloriqueando o inquieto, tal vez, hasta que el cuidador ceda). En segundo lugar, le enseña al niño que algunos alimentos son mejores que otros. Los niños tienden a disfrutar naturalmente de una variedad de alimentos hasta que se les enseña que algunos se consideran menos deseables que otros. Un niño, por ejemplo, puede aprender que el brócoli que han disfrutado es visto como asqueroso por otros a menos que esté sofocado en salsa de queso. 4



Figura7.3.1: Dos niños cocinando juntos. (Imagen del [Servicio Médico de la Fuerza Aérea](#) es de dominio público)

Patrones de comidas del USDA para niños pequeños

El Servicio de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos brinda las siguientes pautas para la alimentación diurna de niños de 3 a 5 años.

Patrones de comidas 6

Mesa7.3.1

Comida	Edades 3-5
Desayuno	3/4 taza de leche 1/2 taza de verduras, frutas, o ambos 1/2 onzas de granos equivalentes

Comida		Edades 3-5
Almuerzo o Cena		3/4 taza de leche 1 1/2 onzas alternativa de carne o carne 1/4 taza de verduras 1/4 taza de frutas 1/2 onza equivalente a granos
Snack		Seleccione dos de las siguientes: 1/2 taza de leche 1/2 onza de carne o alternativa de carne 1/2 taza de verduras 1/2 taza de fruta 1/2 onza equivalente de granos

Colaboradores y Atribuciones

4. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

7.4: Maduración cerebral

Peso Cerebral

El cerebro es alrededor del 75 por ciento de su peso adulto a los dos años de edad. A los 6 años, es aproximadamente el 95 por ciento de su peso adulto. La mielinización y el desarrollo de dendritas continúan ocurriendo en la corteza y como lo hace, vemos un cambio correspondiente en las habilidades del niño. Un desarrollo significativo en la **corteza prefrontal** (el área del cerebro detrás de la frente que nos ayuda a pensar, elaborar estrategias y controlar la emoción) hace que sea cada vez más posible controlar los arrebatos emocionales y comprender cómo jugar. Considera a los niños de 4 o 5 años y cómo podrían abordar un juego de fútbol. Lo más probable es que cada movimiento sea una respuesta a los comandos de un entrenador parado cerca llamando: “¡Corre de esta manera! Ahora, detente. Mira la pelota. ¡Patea la pelota!” Y cuando al niño no le están diciendo qué hacer, ¡es probable que esté mirando el trébol en el suelo o un perro al otro lado de la barda! Comprender el juego, pensar en el futuro, coordinar el movimiento y manejar la pérdida mejoran con la práctica y la mielinación.⁷

Vías visuales

Los dibujos infantiles son representativos del desarrollo de vías visuales; a medida que los cerebros de los niños maduran las imágenes en sus dibujos cambian. Los primeros garabatos y puntos ilustran el uso de habilidades motoras simples. No se establece una conexión real entre una imagen que se visualiza y lo que se crea en papel.

A los 3 años, el niño comienza a dibujar criaturas tenuzas con cabezas y no mucho otro detalle. Poco a poco las imágenes comienzan a tener más detalle e incorporan más partes del cuerpo. Los brotes de los brazos se convierten en brazos y las caras toman narices, labios y eventualmente pestañas.



Figura 7.4.1: Garabatos tempranos. (CC BY-SA 3.0; Imagen de Wikimedia)

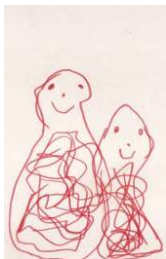


Figura 7.4.2: Criaturas con cabezas. (CC-BY 4.0; Imagen de torange.biz)



Figura 7.4.3: Una cara detallada. (CC-BY 4.0; Imagen de torange.biz)

Crecimiento en los Hemisferios y Corpus Calloso

Entre los 3 y 6 años, el hemisferio izquierdo del cerebro crece dramáticamente. Este lado del cerebro o hemisferio suele estar involucrado en las habilidades del lenguaje. El hemisferio derecho continúa creciendo a lo largo de la primera infancia y está involucrado en tareas que requieren habilidades espaciales como reconocer formas y patrones. El **cuerpo calloso** que conecta los dos hemisferios del cerebro experimenta un brote de crecimiento entre los 3 y 6 años y resulta en una mejor coordinación entre las tareas del hemisferio derecho e izquierdo.

Colaboradores y Atribuciones

7. Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia por Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc por Laura Overstreet, licenciado bajo CC BY 4.0

This page titled [7.4: Maduración cerebral](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

7.5: Desarrollo de habilidades motoras

La primera infancia es un momento en que los niños se sienten especialmente atraídos por el movimiento y el canto. Los días están llenos de saltar, correr, balancearse y aplaudir y cada lugar se convierte en un patio de recreo. ¡Incluso la cabina de un restaurante brinda la oportunidad de deslizarse en el asiento o desaparecer debajo e imaginar ser una criatura marina en una cueva! Por supuesto, esto puede ser frustrante para un cuidador, pero es asunto de la primera infancia.

Habilidades motoras gruesas

Los niños continúan mejorando sus habilidades motoras gruesas mientras corren y saltan. Frecuentemente piden a sus cuidadores que “me miren” mientras saltan o ruedan cuesta abajo. Las canciones infantiles suelen ir acompañadas de movimientos de brazos y piernas o señales para dar la vuelta o moverse de izquierda a derecha.

Hitos del Motor Bruto

Aquí hay una tabla que muestra la progresión de las habilidades motoras gruesas que los niños suelen desarrollar durante la primera infancia:

Tabla 7.5.1: Hitos motores brutos ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
3 años	• Sube bien • Se ejecuta fácilmente • Pedales un triciclo (bicicleta de 3 ruedas) • Sube y baja escaleras, un pie en cada escalón
4 años	• Lúpulo y se para sobre un pie hasta 2 segundos • Atrapa una pelota rebotada la mayor parte del tiempo
5 años	• Se coloca sobre un pie durante 10 segundos o más • Lúpulo; puede ser capaz de saltar • Puede hacer un salto mortal • Puede usar el inodoro por su cuenta • Columpios y subidas

Actividades para apoyar las habilidades motoras gruesas

Aquí hay algunas actividades enfocadas al juego que disfrutan los niños pequeños y que apoyan su desarrollo de habilidades motoras gruesas.

- Triciclo
- Diapositivas
- Columpios
- Sentado y centrifugado
- Mini trampolín
- Bolos (también se pueden usar botellas de refrescos de plástico)
- Tienda de campaña (intenta tirar cobijas sobre sillas y otros muebles para hacer un fuerte)
- Escaleras de juegos infantiles
- Puente colgante en área de juegos
- Túneles (intenta tirar una silla puf debajo para mayor desafío)
- Juego de pelota (patada, tiro, captura)
- Simón Dice
- Target juegos con puf, pelota, etc.
- Danzar/pasar a la música
- Empujándose en el patinete o monopatín mientras está en



Figura7.5.1: Niños montando triciclos juntos. (Imagen de [Hanscom Air Force Base](#) es de dominio público)

Habilidades Motrices Finas

Las habilidades motoras finas también se están refinando a medida que continúan desarrollando más destreza, fuerza y resistencia. Las habilidades motoras finas son muy importantes ya que son fundamentales para las habilidades de autoayuda y habilidades académicas posteriores (como la escritura).

Hitos de Motor Fino

Aquí hay una tabla que muestra cómo progresan las habilidades motoras finas durante la primera infancia para los niños que suelen desarrollarse.

Tabla7.5.2: Hitos de la Motricidad Fina (Hitos del Desarrollo por [los CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
3 años	• Copia un círculo con lápiz o crayón • Da vuelta a las páginas del libro una a la vez • Construye torres de más de 6 cuadras • Atornilla y desenrosca las tapas de los frascos o gira la manija
4 años	• Vierte, corta con supervisión y machaca los alimentos propios • Dibuja a una persona con 2 a 4 partes del cuerpo • Utiliza tijeras • Empieza a copiar algunas letras mayúsculas
5 años	• Puede dibujar a una persona con al menos 6 partes del cuerpo • Puede imprimir algunas letras o números • Copia un triángulo y otras formas geométricas • Utiliza un tenedor y una cuchara y a veces un cuchillo de mesa

Actividades para apoyar la motricidad fina

Aquí hay algunas actividades divertidas que ayudarán a los niños a continuar refinando sus habilidades motoras finas. Las habilidades motoras finas son más lentas de desarrollar que las habilidades motoras gruesas, por lo que es importante tener expectativas apropiadas para la edad y actividades basadas en el juego para los niños.

- Verter agua en un recipiente
- Dibujo y coloración
- Uso de tijeras
- Pintura con los dedos
- Juegos de dedos y canciones (como Itsy, Bitsy Spider)
- Plastilina
- Cordón y abalorios
- Practicar con pinzas grandes, pinzas y goteros



Figura7.5.2: Colorear niños. (Imagen de la [Base Aérea Spangdahlem](#) es de dominio público)

This page titled [7.5: Desarrollo de habilidades motoras](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.6: El sueño y la primera infancia

Junto con la comida y el agua, el sueño es una de las necesidades fisiológicas más importantes del cuerpo humano, no podemos vivir sin él. El insomnio prolongado (es decir, la falta de sueño por más de unos pocos días) tiene graves efectos psicológicos y físicos. La investigación en ratas ha encontrado que una semana sin sueño conduce a la pérdida de la función inmune, y dos semanas sin dormir conducen a la muerte. Recientemente, los neurocientíficos han aprendido que al menos una función vital del sueño está relacionada con el aprendizaje y la memoria. Nuevos hallazgos sugieren que el sueño juega un papel crítico en marcar y almacenar recuerdos importantes, tanto intelectuales como físicos, y tal vez en hacer conexiones sutiles que fueron invisibles durante las horas de vigilia.

¿Cuánto sueño necesitamos?

La cantidad de sueño que un individuo necesita varía dependiendo de múltiples factores, incluyendo la edad, la condición física, la condición psicológica y el esfuerzo energético. Al igual que cualquier otra característica humana, la cantidad de sueño que las personas necesitan para funcionar mejor difiere entre individuos, incluso aquellos de la misma edad y género.

Aunque no hay un número mágico de sueño, existen reglas generales sobre cuánto sueño necesitan ciertos grupos de edad. Por ejemplo, los niños necesitan dormir más por día para desarrollarse y funcionar adecuadamente: hasta 18 horas para los recién nacidos, con una tasa decreciente a medida que un niño envejece. Un bebé recién nacido pasa casi 9 horas al día en sueño REM. A la edad de cinco años, sólo se pasa algo más de dos horas en REM. Los estudios muestran que los niños pequeños necesitan alrededor de 10 a 11 horas de sueño, los adolescentes necesitan entre 8.5 y 9.25, y los adultos generalmente necesitan entre 7 y 9 horas.



Figura7.6.1: Un niño durmiendo. (La imagen de Peter Griffin es de dominio público)

Sonambulismo (sonambulismo)

El sonambulismo (a veces llamado trastorno del **sonambulismo**, sonambulismo o noctambulación) hace que una persona se levante y camine durante las primeras horas de sueño. La persona puede sentarse y verse despierta (aunque en realidad está dormida), levantarse y caminar, mover artículos o vestirse o desnudarse. Tendrán una mirada en blanco y aún así podrán realizar tareas complejas. Algunos individuos también hablan mientras duermen, diciendo palabras sin sentido e incluso teniendo discusiones con personas que no están ahí. Una persona que sonambula se confundirá al despertarse y también puede experimentar ansiedad y fatiga.

El sonambulismo puede ser peligroso—se sabe que las personas se lastiman gravemente durante los episodios de sonambulismo. Es más común en niños, pero también ocurre ocasionalmente en adultos. Para los adultos, el alcohol, los sedantes, los medicamentos, las afecciones médicas y los trastornos mentales están asociados con el sonambulismo.

Terrores del sueño y trastorno de pesadilla

Los terrores del sueño se caracterizan por una excitación repentina del sueño profundo con un grito o llanto, acompañado de algunas manifestaciones conductuales de miedo intenso. Los terrores del sueño suelen ocurrir en las primeras horas de sueño, durante la etapa 3 del sueño NREM. Los terrores nocturnos tienden a ocurrir durante los períodos de excitación del sueño delta (es decir, sueño de onda lenta). Son peores que las pesadillas, causando desorientación significativa, pánico y ansiedad. Pueden durar hasta 10 minutos, y la persona puede estar gritando y difícil de despertar. En algunos casos, los terrores del sueño continúan hasta la edad adulta.

Distinto de los terrores del sueño es el trastorno de pesadilla. También conocido como “trastorno de ansiedad de sueño”, el trastorno de pesadilla se caracteriza por pesadillas frecuentes. Las pesadillas, que a menudo retratan al individuo en una situación que pone en peligro su vida o su seguridad personal, suelen ocurrir durante la segunda mitad del proceso de sueño, llamada etapa

REM. Aunque muchas personas experimentan pesadillas, las personas con trastorno de pesadilla las experimentan con más frecuencia. 17

Colaboradores y Atribuciones

15. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

17. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [7.6: El sueño y la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.7: Entrenamiento de Inodoro

El entrenamiento para ir al baño suele ocurrir después del segundo cumpleaños. Algunos niños muestran interés a los 2 años, pero otros pueden no estar listos hasta meses después. La edad promedio para que las niñas sean entrenadas para ir al baño es de 29 meses y para los niños es de 31 meses, y el 98% de los niños son entrenados a los 36 meses (Boyse & Fitzgerald, 2010). La edad del niño no es tan importante como su preparación física y emocional. Si comenzó demasiado temprano, podría tomar más tiempo entrenar a un niño.

Según The Mayo Clinic (2016b) las siguientes preguntas pueden ayudar a los padres a determinar si un niño está listo para el entrenamiento para ir al baño:

- ¿Su hijo parece interesado en el orinal o el inodoro, o en usar ropa interior?
- ¿Su hijo puede entender y seguir las instrucciones básicas?
- ¿Tu hijo te dice a través de palabras, expresiones faciales o postura cuando necesita ir?
- ¿Su hijo permanece seco por periodos de dos horas o más durante el día?
- ¿Su hijo se queja de pañales mojados o sucios?
- ¿Puede su hijo bajarse los pantalones y volver a levantarlos?
- ¿Puede su hijo sentarse y levantarse de un orinal?

Si un niño se resiste a ser entrenado o no tiene éxito después de algunas semanas, lo mejor es tomar un descanso y volver a intentarlo cuando muestre un interés más significativo en el proceso. La mayoría de los niños dominan primero el control diurno de la vejiga, generalmente dentro de los dos o tres meses de entrenamiento constante. Sin embargo, la siesta y el entrenamiento nocturno pueden llevar meses o incluso años.



Figura 7.7.1: Un niño aprendiendo a ser entrenado para ir al baño. (La imagen de Manish Bansal está licenciada bajo CC-BY-2.0)

Trastornos de eliminación

Algunos niños experimentan trastornos de eliminación que incluyen:

- enuresis - la vaciación repetida de orina en la cama o la ropa (involuntaria o intencional) después de los 5 años
- encopresis - el paso repetido de heces a lugares inapropiados (involuntarios o intencionales).

La prevalencia de enuresis es de 5%-10% para los niños de 5 años, 3%-5% para los de 10 años y aproximadamente 1% para los de 15 años o más. Alrededor del 1% de los niños de 5 años tienen encopresis, y es más común en hombres que en mujeres. Estos son diagnosticados por un profesional médico y pueden requerir tratamiento. 19

Colaboradores y Atribuciones

19. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [7.7: Entrenamiento de Inodoro](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.8: Desarrollo Sexual en la Primera Infancia

La autoestimulación es común en la primera infancia tanto para niños como para niñas. La curiosidad sobre el cuerpo y sobre los cuerpos de los demás también es una parte natural de la primera infancia. Considera este ejemplo. Una niña le pregunta a su madre: “Entonces, ¿está bien ver las partes privadas de un niño siempre y cuando sea la madre del niño o un médico?” La madre duda un poco y luego responde: “Sí. Creo que está bien”. “Hmmm”, comienza la niña, “¿Cuando sea grande, quiero ser médico!” Si bien este tema puede resultar incómodo de tratar, los cuidadores pueden enseñar a los niños a estar seguros y saber lo que es apropiado sin asustarlos ni causar vergüenza.

A medida que los niños crecen, es más probable que muestren sus genitales a hermanos o compañeros, y que se quiten la ropa y se toquen entre sí (Okami et al., 1997). La masturbación es común tanto para niños como para niñas. A los niños a menudo se les muestra por otros chicos cómo masturbarse. Pero las chicas tienden a averiguarlo accidentalmente. Y los chicos se masturban con más frecuencia y se tocan más abiertamente que las niñas (Schwartz, 1999).

Los cuidadores deben responder a esto sin alarma indebida y sin hacer que el niño se sienta culpable por sus cuerpos. En cambio, los mensajes sobre lo que está sucediendo y el momento y el lugar adecuados para tales actividades ayudan al niño a aprender lo que es apropiado. 20

Colaboradores y Atribuciones

20. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen](#) referencias [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por [Laura Overstreet](#), licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)

This page titled [7.8: Desarrollo Sexual en la Primera Infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.9: La salud en la primera infancia

Si bien los preescolares son cada vez más independientes, dependen de sus cuidadores para seguir protegiendo y promoviendo su salud. 21

Obesidad Infantil

La obesidad infantil es un problema de salud complejo. Ocurre cuando un niño está muy por encima del peso normal o saludable para su edad y estatura. La obesidad infantil es un problema grave en Estados Unidos que pone a los niños en riesgo de mala salud. En 2015-2016, 13.9% de los niños de 2 a 5 años eran obesos.

Donde vive la gente puede afectar su capacidad para tomar decisiones saludables. La obesidad afecta desproporcionadamente a niños de familias de bajos ingresos.

Causas de la Obesidad

Las causas del exceso de peso en los jóvenes son similares a las de los adultos, incluyendo factores como el comportamiento y la genética de una persona. Los comportamientos que influyen en el exceso de peso incluyen:

- comer alimentos altos en calorías y bajos en nutrientes
- no hacer suficiente ejercicio físico
- actividades sedentarias (como ver televisión u otros dispositivos de pantalla)
- uso de medicamentos
- rutinas de sueño



Figura7.9.1: Un niño viendo televisión en lugar de jugar. (La imagen de Melissa Gutierrez está licenciada bajo CC-BY-2.0)

Consecuencias de la obesidad

Las consecuencias de la obesidad infantil son tanto inmediatas como a largo plazo. Puede afectar tanto el bienestar físico como social y emocional.

- Más riesgos inmediatos para la salud
 - Presión arterial alta y colesterol alto, que son factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares (ECV).
 - Mayor riesgo de alteración de la tolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2.
 - Problemas respiratorios, como asma y apnea del sueño.
 - Problemas articulares y molestias musculoesqueléticas.
 - Enfermedad del hígado graso, cálculos biliares y reflujo gastroesofágico (es decir, acidez estomacal).
- La obesidad infantil también se relaciona con
 - Problemas psicológicos como ansiedad y depresión.
 - Baja autoestima y menor calidad de vida autoreportada.
 - Problemas sociales como el acoso escolar y el estigma.
- Riesgos futuros para la salud
 - Los niños que tienen obesidad tienen más probabilidades de convertirse en adultos con obesidad.¹¹ La obesidad en adultos se asocia con un mayor riesgo de sufrir una serie de afecciones graves, como enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2 y cáncer.
 - Si los niños tienen obesidad, es probable que su obesidad y los factores de riesgo de enfermedad en la edad adulta sean más graves.²³

Alergias a los Alimentos

Una **alergia alimentaria** ocurre cuando el cuerpo tiene una respuesta inmune específica y reproducible a ciertos alimentos. La respuesta inmune del cuerpo puede ser grave y potencialmente mortal, como la anafilaxia. Si bien el sistema inmunológico normalmente protege a las personas de los gérmenes, en las personas con alergias alimentarias, el sistema inmunológico responde erróneamente a los alimentos como si fueran dañinos.

Ocho alimentos o grupos de alimentos representan el 90% de las reacciones alérgicas graves en Estados Unidos: leche, huevos, pescado, mariscos de crustáceos, trigo, soja, maní y nueces de árbol.

Los síntomas y la gravedad de las reacciones alérgicas a los alimentos pueden ser diferentes entre individuos, y también pueden ser diferentes para una persona a lo largo del tiempo. La anafilaxia es una reacción alérgica repentina y grave que puede causar la muerte.⁴ No todas las reacciones alérgicas se convertirán en anafilaxia.

- Los niños con alergias alimentarias tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de tener asma u otras afecciones alérgicas que los que no tienen alergias alimentarias.
- La prevalencia de alergias alimentarias en niños aumentó 18% durante 1997-2007, y las reacciones alérgicas a los alimentos se han convertido en la causa más común de anafilaxia en entornos de salud comunitaria.
- Aunque es difícil de medir, la investigación sugiere que aproximadamente 4% de los niños y adolescentes se ven afectados por alergias alimentarias.

Los CDC recomiendan que como parte de mantener un ambiente saludable y seguro para los niños, los cuidadores deben:

- Estar al tanto de cualquier alergia alimentaria.
- Educar a otros niños y a todos los adultos que cuidan a un niño con alergias alimentarias.
- Garantizar el manejo diario de las alergias alimentarias.
- Prepararse para las emergencias de alergia a los alimentos.²⁴

Salud Bucal

La caries dental (caries) es una de las afecciones crónicas más comunes de la infancia en los Estados Unidos. Las caries dentales no tratadas pueden causar dolor e infecciones que pueden conducir a problemas para comer, hablar, jugar y aprender. La buena noticia es que la caries dental es prevenible. El barniz de flúor, un recubrimiento de fluoruro de alta concentración que se pinta en los dientes, puede prevenir aproximadamente un tercio (33%) de caries en los dientes primarios (leche). Los niños que viven en comunidades con agua del grifo fluorada tienen menos dientes cariados que los niños que viven en áreas donde su agua del grifo no está fluorada. De igual manera, los niños que se cepillan diariamente con pasta dental con flúor tendrán menos caries dentales.

La aplicación de selladores dentales a las superficies de masticación de los dientes posteriores es otra forma de prevenir la caries dental. Estudios en niños muestran que los selladores reducen las caries en los molares permanentes en 81% durante 2 años después de su colocación en el diente y continúan siendo efectivos por 4 años después de la colocación.²⁵

La primera visita al odontólogo debe ocurrir después de que el primer diente estalla. Después de eso, los niños deben estar viendo al dentista cada seis meses.²⁶



Figura 7.9.2: Un odontólogo revisando los dientes de un niño. (Imagen de la Base de la Fuerza Aérea Keesler es de dominio público)

Protección contra enfermedades

Dos formas importantes de ayudar a proteger a los niños de enfermedades son la inmunización y el lavado de manos.

Inmunizaciones

Si bien las vacunas comienzan en la infancia, es importante que los niños reciban dosis adicionales de vacunas para mantenerlos protegidos. Estos potenciadores, dados entre los 4 y los 6 años de edad, son dosis de las vacunas que recibieron más temprano en la vida para ayudarlos a mantener la mejor protección contra enfermedades prevenibles por vacunación.



Figura7.9.3: Vacunas. (La imagen de Ramstein Air Base es de dominio público)

Muchos estados requieren que los niños estén completamente vacunados (a menos que tengan una razón médica para estar exentos) antes de poder inscribirse en el cuidado infantil con licencia o en la escuela pública. Si se omitieron las vacunas, un proveedor de atención médica puede ayudar a los cuidadores del niño a crear un horario de puesta al día para garantizar que el niño “se ponga al día” correctamente con el programa de vacunación infantil recomendado.²⁹

Lavado de manos

Lavarse las manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de enfermedades. Es importante que los niños (y los adultos) se laven las manos con frecuencia, especialmente cuando es probable que contraigan y propaguen gérmenes, entre ellos:

- Antes, durante y después de preparar los alimentos.
- Antes de comer alimentos.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de usar el inodoro.
- Después de tocar un animal, alimento para animales o desechos de animales.
- Después de tocar la basura.

Es importante que los niños aprendan a lavarse las manos adecuadamente. Al lavarse las manos, los niños (y los adultos) deben seguir estos cinco pasos cada vez.

1. Moje sus manos con agua limpia y corriente (tibia o fría), apague el grifo y aplique jabón. 2. Enjabona tus manos frotándolas junto con el jabón. Enjabona el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas. 3. Frota las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesitas un temporizador? Tararea o canta la canción de Feliz Cumpleaños o ABC de principio a fin dos veces. 4. Enjuáguese bien las manos bajo agua limpia y corriente. 5. Séquense las manos con una toalla limpia o séquelas al aire.³⁰



Figura7.9.4: Una madre ayudando a su hijo a lavarse las manos. (La imagen es de dominio público)

Los cuidadores pueden ayudar a mantener a los niños saludables al:

- Enseñándoles buenas técnicas de lavado de manos.
- Recordarle a sus hijos que se laven las manos.
- Lavarse las manos con los niños.³²

Colaboradores y Atribuciones

21. [Prevalencia de Obesidad Infantil en Estados Unidos](#) por los [CDC](#) es de dominio público

24. [Las alergias alimentarias en las escuelas](#) por parte de [los CDC](#) son de dominio público
 25. La [Salud Bucal Infantil](#) por los [CDC](#) es de dominio público
 26. El contenido de Jennifer Paris está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
 29. [Vacunas para sus hijos: Proteja a su hijo a todas las edades](#) por [los CDC](#) es de dominio público
 30. [Lávese las manos](#) por [los CDC](#) es de dominio público
 32. [Lavado de manos: Una actividad familiar](#) de los [CDC](#) es de dominio público
-

This page titled [7.9: La salud en la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.10: Seguridad

Las lesiones infantiles son prevenibles, sin embargo, más de 9,000 niños (de 0 a 19 años) murieron a causa de lesiones en Estados Unidos en 2009. Choques automovilísticos, asfixia, ahogamiento, envenenamiento, incendios y caídas son algunas de las formas más comunes en que los niños resultan heridos o muertos. El número de niños que murieron por lesiones disminuyó casi 30% en la última década. No obstante, la lesión sigue siendo la causa número 1 de muerte entre los niños.³³

Los niños durante la primera infancia corren mayor riesgo de sufrir ciertas lesiones. Utilizando datos de 2000-2006, los CDC determinaron que:

- El ahogamiento fue la principal causa de muerte por lesiones entre 1 y 4 años de edad.
- Las caídas fueron la principal causa de lesiones no mortales en todos los grupos de edad menores de 15 años.
- Para niños de 0 a 9 años, las siguientes dos causas principales fueron ser golpeadas por o contra un objeto y picaduras de animales o picaduras de insectos.
- Las tasas de incendios o quemaduras y ahogamiento fueron más altas para niños de 4 años y más jóvenes³⁴.

La Tabla 7.4 resume algunos consejos de los CDC para proteger a los niños de estas lesiones:

Tabla 7.10.1: Prevención de lesiones

Tipo de lesión	Consejos de Prevención
Quemaduras	• Tener alarmas de humo en cada piso y en todas las habitaciones las personas duermen • Involucrar a niños en la creación y práctica de un plan • Nunca deje los alimentos cocinados en la estufa desatendidos; supervise cualquier uso del microondas • Asegúrese de que el calentador de agua esté ajustado a 120 grados o menores³⁵
Ahogamiento	• Asegúrese de que los cuidadores estén capacitados en RCP • Cerca de las piscinas; las compuertas deben ser de cierre automático y de cierre automático • Haga que los niños usen chalecos salvavidas dentro y alrededor de cuerpos de agua naturales • Supervisar a los niños en el agua o cerca del agua (incluida la bañera) ³⁶
Caídas	• Asegúrese de que las superficies del patio de recreo sean seguras, suaves y estén hechas de material absorbente de impactos (como astillas de madera o arena) a una profundidad adecuada y estén bien mantenidas • Usar dispositivos de seguridad (como protectores de ventanas) • Asegúrese de que los niños usen equipo de protección durante los deportes y la recreación (como cascos de bicicleta) • Supervisar a los niños alrededor de peligros de caídas en todo momento ³⁷
Envenenamiento	• Bloquear todos los medicamentos y productos tóxicos (como soluciones de limpieza y detergentes) en el embalaje original fuera de la vista y del alcance de los niños • Conocer el número para el control de intoxicaciones (1-800-222-1222) • Leer y seguir las etiquetas de todos los medicamentos • Deseche de manera segura los medicamentos recetados no utilizados, innecesarios o vencidos y los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos ³⁸

Tipo de lesión	Consejos de Prevención
Accidente de motor, en vehículo	• Los niños aún deben estar sujetos de manera segura en un asiento de seguridad con cinco puntos • Los niños deben estar en el asiento trasero • Los niños no deben sentarse frente a una bolsa de aire
Accidente de motor, peatonal	• Enseñe a los niños sobre seguridad, incluyendo: ◦ Caminando por la acera ◦ No asumiendo que los vehículos te vean o se detendrán ◦ Cruce solo en pasos de peatones ◦ Mirando en ambos sentidos antes de cruzar ◦ Nunca jugar en la carretera ◦ No cruzar una carretera sin un adulto • Supervisar a los niños cerca de todas las carreteras y modelar un comportamiento seguro



Figu7.10.1: Niños jugando en un gimnasio de selva en un parque. (La imagen es de dominio público)

Colaboradores y Atribuciones

33. La [lesión infantil](#) por parte de [los CDC](#) es de dominio público
34. [Informe de lesiones infantiles](#) de los [CDC por parte de los CDC](#) es de dominio público
35. La [prevención de quemaduras](#) por parte de [los CDC](#) es de dominio público
36. La [prevención de ahogamiento](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
37. La [prevención de intoxicaciones](#) por parte de [los CDC](#) es de dominio público
38. La [Seguridad Vial](#) por parte de [los CDC](#) es de dominio público
39. [Consejos de Seguridad para Peatones](#) por el [Centro de Información para Peatones y Bicicletas](#) es de dominio público

This page titled [7.10: Seguridad](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

7.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Las características físicas de los preescolares.
- Nutrición saludable.
- Los cambios en el cerebro.
- La progresión de las habilidades motoras y formas apropiadas para el desarrollo de apoyar ese desarrollo.
- Trastornos del sueño y del sueño.
- Trastornos del entrenamiento y eliminación del inodoro
- El desarrollo sexual en la primera infancia.
- Y formas de mantener a los niños sanos y seguros.

En el siguiente capítulo investigaremos cómo los niños entienden el mundo y sus habilidades de comunicación.

This page titled [7.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, deberías poder:

1. Comparar y contrastar las creencias de Piaget y Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo.
2. Explicar el papel del procesamiento de la información en el desarrollo cognitivo.
3. Discutir cómo los niños en edad preescolar entienden sus mundos.
4. Poner los hitos cognitivos y del lenguaje en el orden en que aparecen en niños de desarrollo típico.
5. Discutir cómo la educación infantil temprana apoya el desarrollo y cómo nuestra comprensión del desarrollo influye en la educación.
6. Describir el trastorno del espectro autista, incluyendo características y posibles intervenciones.

La primera infancia es una época de fingir, mezclar realidad y ficción, y aprender a pensar en el mundo usando el lenguaje. A medida que los niños pequeños se alejan de la necesidad de tocar, sentir y escuchar sobre el mundo para aprender algunos principios básicos sobre cómo funciona el mundo, tienen algunas ideas iniciales bastante interesantes. Por ejemplo, si bien a los adultos no les preocupa tomar un baño, un niño de tres años podría preocuparse genuinamente por ser succionado por el desagüe. 1

Un niño podría protestar si se le dice que algo va a pasar “mañana” pero estar dispuesto a aceptar una explicación de que un evento ocurrirá “hoy después de que dormimos”. O el niño pequeño puede preguntar: “¿Cuánto tiempo nos quedaremos? ¿De aquí para aquí?” al tiempo que apunta a dos puntos sobre una mesa. Conceptos como mañana, tiempo, tamaño y distancia no son fáciles de comprender a esta temprana edad. Comprender el tamaño, el tiempo, la distancia, la realidad y la ficción son todas tareas que forman parte del desarrollo cognitivo en los años preescolares. 3

[8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget](#)

[8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky](#)

[8.3: Procesamiento de la información](#)

[8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños](#)

[8.5: Hitos del Desarrollo Cognitivo](#)

[8.6: Desarrollo del Lenguaje](#)

[8.7: Educación en la primera infancia](#)

[8.8: Aplicaciones a la educación temprana](#)

[8.9: Diferencias cognitivas](#)

[8.S: Resumen](#)

Miniaturas: pixabay.com/fotos/niños-niña... ebook-1093758/

This page titled [8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

La etapa de Piaget que coincide con la primera infancia es la **etapa preoperatoria**. La palabra operativo significa lógico, por lo que se pensó que estos niños eran ilógicos. No obstante, estaban aprendiendo a usar el lenguaje o a pensar simbólicamente en el mundo. Examinemos algunas de las afirmaciones de Piaget sobre las habilidades cognitivas de los niños a esta edad.

Juego de simulaciones

Fingir es una actividad favorita en este momento. Un juguete tiene cualidades más allá de la forma en que fue diseñado para funcionar y ahora se puede usar para representar un personaje u objeto diferente a cualquier cosa originalmente pretendida. ¡Un osito de peluche, por ejemplo, puede ser un bebé o la reina de una tierra lejana!



Figura8.1.1: Un niño que finge comprar artículos en una tienda de comestibles de juguetes. (La imagen de Ermalfaro está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

Según Piaget, el juego de fingir de los niños les ayuda a solidificar nuevos esquemas que estaban desarrollando cognitivamente. Esta obra, entonces, refleja cambios en sus concepciones o pensamientos. Sin embargo, los niños también aprenden mientras fingen y experimentan. Su obra no representa simplemente lo que han aprendido (Berk, 2007).

Egocentrismo

El **egocentrismo** en la primera infancia se refiere a la tendencia de los niños pequeños a pensar que todos ven las cosas de la misma manera que el niño. El experimento clásico de Piaget sobre el egocentrismo consistió en mostrar a los niños un modelo tridimensional de una montaña y pedirles que describieran lo que podría ver una muñeca que mira la montaña desde un ángulo diferente. Los niños tienden a elegir una imagen que represente su propia visión, más que la de la muñeca. Sin embargo, los niños tienden a usar diferentes estructuras de oraciones y vocabulario cuando se dirigen a un niño más pequeño o a un adulto mayor. Esto indica cierta conciencia de los puntos de vista de los demás.



Figura8.1.2: Experimento egocentrismo de Piaget. (La imagen de Rosenfeld Media está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Sincretismo

El **sincretismo** se refiere a una tendencia a pensar que si dos eventos ocurren simultáneamente, uno causó el otro. Un ejemplo de ello es que un niño se pone su traje de baño para convertirlo en verano.

Animismo

La atribución de cualidades reales a los objetos se conoce como **animismo**. La copa está viva, la silla que se cae y golpea el tobillo del niño es mala, y los juguetes necesitan quedarse en casa porque están cansados. Las caricaturas frecuentemente muestran objetos que aparecen vivos y adquieren cualidades reales. Los niños pequeños sí parecen pensar que los objetos que se mueven pueden estar vivos pero después de los 3 años, rara vez se refieren a los objetos como vivos (Berk, 2007).

Errores de clasificación

Los niños preoperatorios tienen dificultades para entender que un objeto puede clasificarse de más de una manera. Por ejemplo, si se muestran tres botones blancos y cuatro botones negros y se le pregunta si hay más botones o botones negros, es probable que el niño responda que hay más botones negros. A medida que el vocabulario del niño mejora y se desarrollan más esquemas, mejora la capacidad de clasificar objetos. 6

Errores de Conservación

La **conservación** se refiere a la capacidad de reconocer que mover o reorganizar la materia no cambia la cantidad. Veamos un ejemplo. Un padre le dio una porción de pizza a Keiko, de 10 años, y otra porción a Kenny, de 3 años. La rebanada de pizza de Kenny se cortó en cinco trozos, así que Kenny le dijo a su hermana que él consiguió más pizza que ella. Kenny no entendió que cortar la pizza en trozos más pequeños no aumentaba la cantidad total. Esto se debió a que Kenny exhibió **Centration**, o se centró en una sola característica de un objeto con exclusión de otros.

Kenny se centró en las cinco piezas de pizza a una pieza de su hermana a pesar de que la cantidad total era la misma. Keiko pudo considerar varias características de un objeto que no solo uno. Debido a que los niños no han desarrollado esta comprensión de la conservación, no pueden realizar operaciones mentales.

El clásico experimento piagetiano asociado a la conservación involucra líquido (Crain, 2005). Como se ve a continuación, al niño se le muestran dos vasos (como se muestra en a) los cuales se llenan al mismo nivel y se le pregunta si tienen la misma cantidad. Por lo general el niño está de acuerdo en que tienen la misma cantidad. Luego, el investigador vierte el líquido de un vaso a un vaso más alto y delgado (como se muestra en b). Nuevamente se le pregunta al niño si los dos vasos tienen la misma cantidad de líquido. El niño preoperatorio suele decir que el vidrio más alto ahora tiene más líquido porque es más alto. El niño se ha concentrado en la altura del vaso y no logra conservar. 7

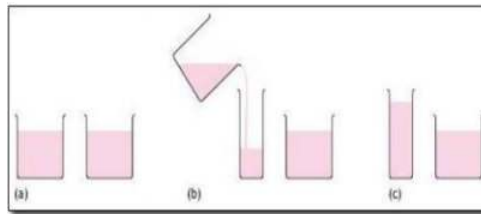


Figura 8.1.3: Experimentos de conservación de líquidos piagetos. (Imagen de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#))

Esquemas Cognitivos

Como se introdujo en el primer capítulo, Piaget creía que en una búsqueda del equilibrio cognitivo, utilizamos esquemas (categorías de conocimiento) para darle sentido al mundo. Y cuando nuevas experiencias encajan en esquemas existentes, utilizamos la asimilación para agregar ese nuevo conocimiento al esquema. Pero cuando las nuevas experiencias no coinciden con un esquema existente, utilizamos la acomodación para agregar un nuevo esquema. Durante la primera infancia, los niños utilizan el alojamiento a menudo a medida que construyen su comprensión del mundo que los rodea.

Colaboradores y Atribuciones

6. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

7. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [París, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

Como se introdujo en el Capítulo 1, Lev Vygotsky era un psicólogo ruso que argumentó que la cultura tiene un impacto importante en el desarrollo cognitivo de un niño. Consideró que las interacciones sociales con adultos y compañeros más conocedores pueden facilitar el potencial de aprendizaje de un niño. Sin esta instrucción interpersonal, creía que la mente de los niños no avanzaría muy lejos ya que sus conocimientos se basarían únicamente en sus propios descubrimientos. Repasemos algunos de los conceptos clave de Vygotsky.

Zona de Desarrollo Proximal y Andamios

El concepto más conocido de Vygotsky es la zona de **desarrollo proximal (ZPD)**. Vygotsky afirmó que los niños deben ser enseñados en el ZPD, lo que ocurre cuando pueden realizar una tarea con asistencia, pero aún no del todo por su cuenta. Con el tipo de enseñanza adecuado, sin embargo, pueden lograrlo con éxito. Un buen maestro identifica el ZPD de un niño y ayuda al niño a estirarse más allá de él. Entonces el adulto (maestro) retira gradualmente el apoyo hasta que el niño pueda entonces realizar la tarea sin ayuda. Los investigadores han aplicado la metáfora de los andamios (las plataformas temporales sobre las que se encuentran los trabajadores de la construcción) a esta forma de enseñanza. El andamiaje es el apoyo temporal que los padres o maestros le dan a un niño para que haga una tarea.

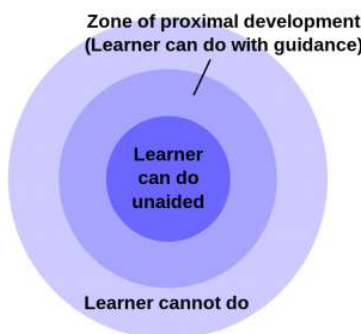


Figura8.2.1: Zona de desarrollo proximal. (La imagen de Dcoetzee está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

Discurso Privado

¿Alguna vez hablas contigo mismo? ¿Por qué? Lo más probable es que esto ocurra cuando estás luchando con un problema, tratando de recordar algo, o te sientes muy emocional por una situación. Los niños también hablan consigo mismos. Piaget interpretó esto como un **discurso egocéntrico** o una práctica que se dedicaba debido a la incapacidad de un niño para ver las cosas desde el punto de vista de otro. Vygotsky, sin embargo, creía que los niños hablan consigo mismos para resolver problemas o aclarar pensamientos. A medida que los niños aprenden a pensar con palabras, lo hacen en voz alta antes de finalmente cerrar los labios y participar en el **habla privada** o en el habla interior.

Pensar en voz alta eventualmente se convierte en pensamiento acompañado de discurso interno, y hablar con uno mismo se convierte en una práctica que solo se dedica cuando estamos tratando de aprender algo o recordar algo. Este discurso interior no es tan elaborado como el discurso que utilizamos cuando nos comunicamos con los demás (Vygotsky, 1962). 10

Contraste con Piaget

Piaget fue muy crítico con la instrucción dirigida por maestros, creyendo que los maestros que toman el control del aprendizaje del niño colocan al niño en un papel pasivo (Crain, 2005). Además, los maestros pueden presentar ideas abstractas sin la verdadera comprensión del niño, y en su lugar simplemente repiten lo que escucharon. Piaget creía que a los niños se les debía dar oportunidades para descubrir conceptos por su cuenta. Como se dijo anteriormente, Vygotsky no creía que los niños pudieran alcanzar un nivel cognitivo superior sin la instrucción de individuos más aprendidos. ¿Quién está en lo correcto? Ambas teorías ciertamente contribuyen a nuestra comprensión de cómo aprenden los niños.

Colaboradores y Atribuciones

10. **Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia** por **Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc** por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.3: Procesamiento de la información

Los investigadores de procesamiento de información se han centrado en varios temas del desarrollo cognitivo para este grupo de edad, incluyendo mejoras en las habilidades de atención, cambios en la capacidad y la aparición de funciones ejecutivas en la memoria de trabajo. Adicionalmente, en las estrategias de memoria de la primera infancia, emergen la precisión de la memoria y la memoria autobiográfica. La primera infancia es vista por muchos investigadores como un período de tiempo crucial en el desarrollo de la memoria (Posner y Rothbart, 2007).

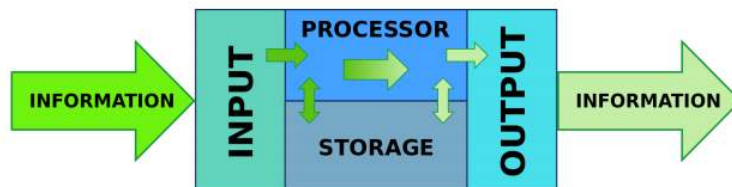


Figura8.3.1: Cómo se procesa la información. (La imagen por deriva de gradiente es de dominio público)

Atención

Los cambios en la atención han sido descritos por muchos como la clave de los cambios en la memoria humana (Nelson & Fivush, 2004; Posner & Rothbart, 2007). Sin embargo, la atención no es una función unificada; está compuesta por subprocesos. La capacidad de cambiar nuestro enfoque entre tareas o estímulos externos se llama **atención dividida** o **multitarea**. Esto es independiente de nuestra capacidad para enfocarnos en una sola tarea o estímulo, al tiempo que ignoramos la información que distrae, llamada **atención selectiva**. A diferencia de estos es la **atención sostenida**, o la capacidad de permanecer en la tarea durante largos períodos de tiempo. Además, también tenemos procesos de atención que influyen en nuestro comportamiento y nos permiten inhibir una respuesta habitual o dominante, y otros que nos permiten distraernos cuando estamos molestos o frustrados.

Atención Dividida

Los niños pequeños (3-4 años) tienen dificultades considerables para dividir su atención entre dos tareas, y muchas veces se desempeñan en niveles equivalentes a nuestro pariente más cercano, el chimpancé, pero a los cinco años han superado al chimpancé (Hermann, Misch, Hernandez-Lloreda & Tomasello, 2015; Hermann & Tomasello, 2015). A pesar de estas mejoras, los niños de 5 años continúan desempeñándose por debajo del nivel de niños, adolescentes y adultos en edad escolar.

Atención Selectiva

La capacidad de los niños con tareas de atención selectiva mejora a medida que envejecen. Sin embargo, esta habilidad también está muy influenciada por el temperamento del niño (Rothbart & Rueda, 2005), la complejidad del estímulo o tarea (Porporino, Shore, Iarocci & Burack, 2004), y junto con si los estímulos son visuales o auditivos (Guy, Rogers & Cornish, 2013). Guy et al. (2013) encontraron que la capacidad de los niños para atender selectivamente la información visual superó a la de los estímulos auditivos. Esto puede explicar por qué los niños pequeños no son capaces de escuchar la voz del maestro sobre la cacofonía de sonidos en el típico aula preescolar (Jones, Moore & Amitay, 2015). Jones y sus colegas encontraron que los niños de 4 a 7 años no podían filtrar el ruido de fondo, especialmente cuando sus frecuencias estaban cercanas en sonido al sonido objetivo. En comparación, los niños de 8 a 11 años a menudo se desempeñaban de manera similar a los adultos.



Figura8.3.2: Un grupo de niños haciendo manualidades. (Imagen de Joint Base Charleston es de dominio público)

Atención sostenida

La mayoría de las medidas de atención sostenida suelen pedir a los niños que pasen varios minutos enfocándose en una tarea, mientras esperan un evento poco frecuente, mientras que hay múltiples distractores durante varios minutos. Berwid, Curko-Kera,

Marks & Halperin (2005) pidieron a niños de entre 3 y 7 años que presionaran un botón cada vez que se mostraba una imagen “objetivo”, pero tuvieron que abstenerse de presionar el botón cuando se mostraba una imagen no objetivo. Cuanto más pequeño era el niño, más dificultad tenía para mantener su atención.



Figura8.3.3: Una niña jugando un juego que mide su atención sostenida. (Imagen de Fabrice Florin está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Memoria

A partir de estudios de adultos, personas con amnesia e investigaciones neurológicas sobre la memoria, los investigadores han propuesto varios “tipos” de memoria (ver Figura 4.14). La **memoria sensorial** (también llamada registro sensorial) es la primera etapa del sistema de memoria, y almacena la entrada sensorial en su forma cruda por una duración muy breve; esencialmente lo suficientemente larga como para que el cerebro se registre y comience a procesar la información. Los estudios de la memoria sensorial auditiva muestran que dura aproximadamente un segundo en niños de 2 años, dos segundos en niños de 3 años, más de dos segundos en niños de 4 años y de tres a cinco segundos en niños de 6 años (Glass, Sachse, & von Suchodoletz, 2008). Otros investigadores también han encontrado que los niños pequeños sostienen sonidos por una duración más corta que los niños mayores y adultos, y que este déficit no se debe a diferencias atencionales entre estos grupos de edad, sino que refleja diferencias en el rendimiento del sistema de memoria sensorial (Gomes et al., 1999). La segunda etapa del sistema de memoria se llama **memoria a corto plazo o de trabajo**. La memoria de trabajo es el componente de la memoria en el que se produce la actividad mental consciente actual.

La memoria de trabajo a menudo requiere un esfuerzo consciente y un uso adecuado de la atención para funcionar eficazmente. Como leíste antes, los niños de este grupo de edad luchan con muchos aspectos de la atención y esto disminuye en gran medida su capacidad para hacer malabarismos conscientemente con varias piezas de información en la memoria. La capacidad de memoria de trabajo, es decir la cantidad de información que alguien puede tener en conciencia, es menor en niños pequeños que en niños mayores y adultos. El típico adulto y adolescente puede tener un número de 7 dígitos activo en su memoria a corto plazo. El típico niño de 5 años solo puede tener activo un número de 4 dígitos. Esto significa que cuanto más compleja sea una tarea mental, menos eficiente será un niño menor en prestar atención y procesar activamente la información para completar la tarea.



Figura8.3.4: Un niño pensando. (La imagen de Leonid Mamchenkov está licenciada bajo CC BY 2.0)

Los cambios en la atención y el sistema de memoria de trabajo también implican cambios en la función ejecutiva. La **función ejecutiva (EF)** se refiere a procesos autorregulatorios, como la capacidad de inhibir un comportamiento o flexibilidad cognitiva, que permiten respuestas adaptativas a nuevas situaciones o para alcanzar una meta específica. Las habilidades de función ejecutiva emergen gradualmente durante la primera infancia y continúan desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia. Al igual que muchos cambios cognitivos, la maduración cerebral, especialmente la corteza prefrontal, junto con la experiencia influyen en el desarrollo de habilidades de función ejecutiva.

Un niño muestra habilidades superiores de funcionamiento ejecutivo cuando los padres son más cálidos y receptivos, usan andamios cuando el niño está tratando de resolver un problema y proporcionan ambientes cognitivamente estimulantes para el niño (Fay-Stammach, Hawes & Meredith, 2014). Por ejemplo, el andamiaje se correlacionó positivamente con mayor flexibilidad

cognitiva a los dos años y control inhibitorio a los cuatro años (Bibok, Carpendale & Müller, 2009). En el estudio longitudinal de Schneider, Kron-Sperl y Hunnerkopf (2009) de 102 niños de kindergarten, la mayoría de los niños no utilizaron ninguna estrategia para recordar información, hallazgo que fue consistente con investigaciones previas. Como resultado, su rendimiento de memoria fue bajo en comparación con sus habilidades a medida que envejecieron y comenzaron a usar estrategias de memoria más efectivas.

El tercer componente en la memoria es la **memoria a largo plazo**, que también se conoce como memoria permanente. Una división básica de la memoria a largo plazo es entre la memoria declarativa y la no declarativa.

- **Los recuerdos declarativos**, a veces referidos como **recuerdos explícitos**, son recuerdos de hechos o eventos que podemos recordar conscientemente. La memoria declarativa se divide en memoria semántica y episódica.
- Los **recuerdos semánticos** son recuerdos para hechos y conocimientos que no están vinculados a una línea de tiempo,
- Los **recuerdos episódicos** están ligados a eventos específicos en el tiempo.
- **Los recuerdos no declarativos**, a veces denominados **recuerdos implícitos**, suelen ser habilidades automatizadas que no requieren un recuerdo consciente.

La **memoria autobiográfica** es nuestra narrativa personal. Los adultos rara vez recuerdan eventos de los primeros años de vida. En otras palabras, nos faltan recuerdos autobiográficos de nuestras experiencias como infantes, niños pequeños y preescolares muy pequeños. Varios factores contribuyen a la emergencia de la memoria autobiográfica, incluyendo la maduración cerebral, mejoras en el lenguaje, oportunidades para hablar sobre experiencias con padres y otros, el desarrollo de la teoría de la mente y una representación del “yo” (Nelson & Fivush, 2004). Los niños de dos años recuerdan fragmentos de experiencias personales, pero estos rara vez son relatos coherentes de eventos pasados (Nelson & Ross, 1980). Entre 2 y 2 1/2 años de edad los niños pueden brindar más información sobre experiencias pasadas. Sin embargo, estos recuerdos requieren una considerable insistencia por parte de los adultos (Nelson y Fivush, 2004). En los próximos años los niños formarán recuerdos autobiográficos más detallados y se involucrarán en una mayor reflexión del pasado.

Neo-piagetianos

Como se discutió anteriormente, la teoría de Piaget ha sido criticada en muchos frentes, y las actualizaciones para reflejar investigaciones más actuales han sido proporcionadas por los **neo-piagetianos**, o aquellos teóricos que proporcionan “nuevas” interpretaciones de la teoría de Piaget. Morra, Gobbo, Marini y Sheese (2008) revisaron las teorías neo-piagetianas, que se presentaron por primera vez en la década de 1970, e identificaron cómo estas “nuevas” teorías combinaban los conceptos piagetianos con los encontrados en el Procesamiento de la Información. Similar a la teoría de Piaget, las teorías neo-piagetianas creen en el constructivismo, asumen que el desarrollo cognitivo se puede separar en diferentes etapas con características cualitativamente diferentes, y abogan por que el pensamiento de los niños se vuelva más complejo en etapas avanzadas. A diferencia de Piaget, los neo-piagetianos creen que aspectos del procesamiento de la información cambian la complejidad de cada etapa, no la lógica según lo determina Piaget.

Los neopiagetianos proponen que la capacidad de memoria de trabajo se ve afectada por la maduración biológica, y por lo tanto restringe la capacidad de los niños pequeños para adquirir habilidades complejas de pensamiento y razonamiento. Los aumentos en el rendimiento de la memoria de trabajo y el desarrollo de habilidades cognitivas coinciden con el momento de varios procesos de neurodesarrollo. Estos incluyen mielinización, poda axonal y sináptica, cambios en el metabolismo cerebral y cambios en la actividad cerebral (Morra et al., 2008).

La mielinización se produce especialmente en las ondas entre el nacimiento y la adolescencia, y el grado de mielinización en áreas particulares explica la creciente eficiencia de ciertas habilidades. Por lo tanto, la maduración cerebral, que ocurre en los brotes, afecta cómo y cuándo se desarrollan las habilidades cognitivas.

Además, todas las teorías neo-piagetianas apoyan que la experiencia y el aprendizaje interactúan con la maduración biológica en la conformación del desarrollo cognitivo. 15

Colaboradores y Atribuciones

15. **Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica** por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

This page titled [8.3: Procesamiento de la información](#) is shared under a [CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños

Tanto Piaget como Vygotsky creían que los niños tratan activamente de entender el mundo que les rodea. Más recientemente los desarrollistas se han sumado a esta comprensión al examinar cómo los niños organizan la información y desarrollan sus propias teorías sobre el mundo.

Teoría-Teoría

La tendencia de los niños a generar teorías para explicar todo lo que encuentran se llama **teoría-teoría**. Este concepto implica que los humanos están naturalmente inclinados a encontrar razones y generar explicaciones de por qué ocurren las cosas. Los niños con frecuencia hacen preguntas sobre lo que ven o escuchan a su alrededor. Cuando las respuestas proporcionadas no satisfacen su curiosidad o son demasiado complicadas de entender, generan sus propias teorías. De la misma manera que los científicos construyen y revisan sus teorías, los niños hacen lo mismo con sus intuiciones sobre el mundo a medida que encuentran nuevas experiencias (Gopnik & Wellman, 2012). Una de las teorías que empiezan a generar en la primera infancia se centra en los estados mentales; tanto los propios como los de los demás.



Figura8.4.1: ¿Qué teorías podría estar creando este chico? (Imagen de la [Base de la Fuerza Aérea Eglin](#) es de dominio público)

Teoría de la Mente

La teoría de la mente se refiere a la capacidad de pensar en los pensamientos de otras personas. Esta lectura mental ayuda a los humanos a comprender y predecir las reacciones de los demás, desempeñando así un papel crucial en el desarrollo social. Un método común para determinar si un niño ha alcanzado este hito mental es la tarea de creencias falsas, que se describe a continuación.

La investigación comenzó con un ingenioso experimento de Wimmer y Perner (1983), quienes probaron si los niños pueden pasar una prueba de creencia falsa (ver Figura 4.17). A la niña se le muestra una historia ilustrada de Sally, quien pone su pelota en una canasta y sale de la habitación. Mientras Sally está fuera de la habitación, Anne viene y toma la pelota de la canasta y la mete dentro de una caja. Luego se le pregunta a la niña dónde piensa Sally que se encuentra la pelota cuando regresa a la habitación. ¿Va a mirar primero en la caja o en la canasta? La respuesta correcta es que ella va a mirar en la canasta, porque ahí es donde la puso y piensa que es; pero tenemos que inferir esta **falsa creencia** en contra de nuestro propio mejor conocimiento de que la pelota está en la caja.



Figura8.4.2: Una pelota. (La imagen es de dominio público)



Figura8.4.3: Una canasta. (La imagen está licenciada bajo CC0)



Figura8.4.4: Una caja. (La imagen es de dominio público)

Esto es muy difícil para los niños antes de los cuatro años debido al esfuerzo cognitivo que lleva. Los niños de tres años tienen dificultades para distinguir entre lo que alguna vez pensaron que era cierto y lo que ahora saben que es verdad. Se sienten seguros

de que lo que ahora saben es lo que siempre han sabido (Birch & Bloom, 2003). Incluso los adultos necesitan pensar en esta tarea (Epley, Morewedge, & Keysar, 2004).

Para tener éxito en la solución de este tipo de tareas el niño debe separar lo que él o ella “sabe” que es verdad de lo que alguien más podría “pensar” que es cierto. En términos piagetianos, deben renunciar a una tendencia hacia el egocentrismo. El niño también debe entender que lo que guía las acciones y respuestas de las personas es lo que “cree” más que lo que es la realidad. En otras palabras, la gente puede creer erróneamente cosas que son falsas y actuarán con base en este conocimiento falso. En consecuencia, antes de los cuatro años los niños rara vez tienen éxito en resolver tal tarea (Wellman, Cross & Watson, 2001).

Los investigadores que examinan el desarrollo de la teoría de la mente han estado preocupados por el énfasis excesivo en el dominio de la falsa creencia como la principal medida de si un niño ha alcanzado la teoría de la mente. Wellman y sus colegas (Wellman, Fang, Liu, Zhu & Liu, 2006) sugieren que la teoría de la mente está compuesta por una serie de componentes, cada uno con su propia línea de tiempo de desarrollo (ver Tabla 4.2).

Los niños de dos años entienden la diversidad de deseos, sin embargo, como se señaló anteriormente, no es hasta los cuatro o cinco años que los niños captan falsas creencias, y a menudo no hasta la mediana infancia entienden que las personas pueden ocultar cómo se sienten realmente. En parte, porque los niños en la primera infancia tienen dificultades para ocultar cómo se sienten realmente.

Diferencias culturales en la teoría de la mente

Aquellos en la primera infancia en Estados Unidos, Australia y Alemania desarrollan la teoría de la mente en la secuencia descrita anteriormente. Sin embargo, los preescolares chinos e iraníes adquieren acceso al conocimiento antes de diversas creencias (Shahaeian, Peterson, Slaughter & Wellman, 2011). Shahaeian y sus colegas sugirieron que las diferencias culturales en la crianza de los hijos pueden explicar esta inversión. Los padres de las culturas colectivistas, como China e Irán, enfatizan la conformidad con la familia y los valores culturales, un mayor respeto por los mayores y la adquisición de conocimientos y habilidades académicas más que en autonomía y habilidades sociales (Frank, Plunkett & Otten, 2010). Esto podría reducir el grado de conflicto familiar de opiniones expresadas en la familia. En contraste, las culturas individualistas alientan a los niños a pensar por sí mismos y a afirmar su propia opinión, lo que podría aumentar el riesgo de conflicto en las creencias expresadas por los miembros de la familia.



Figura 8.4.5: Una familia de una cultura no occidental. (La imagen de Giorgio Montersino está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Como resultado, los niños de culturas individualistas adquirirían antes una idea de la cuestión de la diversidad de creencias, mientras que los niños de culturas colectivistas adquirirían acceso al conocimiento más temprano en la secuencia. El papel del conflicto en ayudar al desarrollo de la teoría de la mente puede explicar la edad más temprana de inicio de una comprensión de la falsa creencia en niños con hermanos, especialmente hermanos mayores (McAlister & Petersen, 2007; Perner, Ruffman & Leekman, 1994).

Esta conciencia de la existencia de la teoría de la mente forma parte de la inteligencia social, como reconocer que otros pueden pensar de manera diferente sobre las situaciones. Nos ayuda a ser cohibidos o conscientes de que los demás pueden pensar en nosotros de diferentes maneras y nos ayuda a ser comprensivos o empáticos con los demás. Además, esta capacidad de lectura mental nos ayuda a anticipar y predecir las acciones de las personas. La conciencia de los estados mentales de los demás es importante para la comunicación y las habilidades sociales. 21

Colaboradores y Atribuciones

21. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

This page titled [8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.5: Hitos del Desarrollo Cognitivo

Las muchas teorías del desarrollo cognitivo y las diferentes investigaciones que se han realizado sobre cómo los niños entienden el mundo han permitido a los investigadores estudiar los hitos que los niños que suelen desarrollar experimentan en la primera infancia. Aquí hay una tabla que resume esos.

Tabla8.5.1: Hitos cognitivos ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
3 años	• Puede trabajar juguetes con botones, palancas y partes móviles • Juega a hacer creer con muñecas, animales y personas • Hace rompecabezas con 3 o 4 piezas • Entiende lo que significa “dos”
4 años	• Nombra algunos colores y algunos números • Entiende la idea de contar • Empieza a entender el tiempo • Se acuerdan partes de una historia • Entiende la idea de “lo mismo” y “diferente” • Juega juegos de mesa o de cartas • Te dice lo que piensa que va a pasar a continuación en un libro
5 años	• Cuenta 10 o más cosas • Conoce cosas que se usan todos los días, como el dinero y la comida

This page titled [8.5: Hitos del Desarrollo Cognitivo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.6: Desarrollo del Lenguaje

Crecimiento de vocabulario

El vocabulario de un niño se expande entre las edades de 2 a 6 años de aproximadamente 200 palabras a más de 10,000 palabras a través de un proceso llamado mapeo rápido. Las palabras se aprenden fácilmente haciendo conexiones entre nuevas palabras y conceptos ya conocidos. Las partes del discurso que se aprenden dependen del lenguaje y de lo que se enfatice. Los niños que hablan idiomas amigables con los verbos como el chino y el japonés, tienden a aprender sustantivos más fácilmente. Pero, aquellos que aprenden idiomas menos amigables con los verbos como el inglés, parecen necesitar ayuda en la gramática para dominar el uso de los verbos (Imai, et al, 2008).



Figura8.6.1: Una mujer instruyendo a una niña sobre el vocabulario. (La imagen del [Departamento del Interior de Estados Unidos](#) es de dominio público)

Significados literales

Los niños pueden repetir palabras y frases después de haberlas escuchado solo una o dos veces. Pero no siempre entienden el significado de las palabras o frases. Esto es especialmente cierto de expresiones o figuras de discurso que se toman literalmente. Por ejemplo, dos niñas en edad preescolar comenzaron a reír a carcajadas mientras escuchaban una grabación en cinta de “La Bella Durmiente” de Disney cuando el narrador informa: “¡El príncipe Phillip perdió la cabeza!” Se imaginan su cabeza reventándose y rodando cuesta abajo mientras corre y la busca. O un aula llena de preescolares escucha a la maestra decir: “¡Guau! ¡Eso fue un pedazo de pastel!” Los niños comenzaron a preguntar “¿Pastel? ¿Dónde está mi pastel? ¡Quiero pastel!”

Sobregularización

Los niños aprenden reglas de gramática a medida que aprenden un idioma, pero pueden aplicarlas de manera inapropiada al principio. Por ejemplo, un niño aprende a agregar “ed” al final de una palabra para indicar tiempo pasado. Entonces formar una oración como “Yo fui ahí. Yo lo hice”. Esto es típico a los 2 y 3 años de edad. Pronto aprenderán nuevas palabras como “fue” y “hizo” para ser utilizadas en esas situaciones.

El impacto de la capacitación

¿Recuerdas a Vygotsky y la zona de desarrollo proximal? Los niños pueden ser asistidos en el aprendizaje del lenguaje por otros que escuchan atentamente, modelan pronunciaciones más precisas y fomentan la elaboración. El niño exclama: “¡Yo fui allí!” y el adulto responde: “¿Fuiste ahí? Di: 'Fui allí'. ¿A dónde fuiste?” Los niños pueden estar maduros para el lenguaje como sugiere Chomsky, pero la participación activa para ayudarlos a aprender también es importante para el desarrollo del lenguaje. El proceso de andamiaje es aquel en el que el adulto (o compañero más hábil) brinda la asistencia necesaria al niño a medida que se aprende una nueva habilidad.

Hitos del lenguaje

Los aspectos previos del desarrollo del lenguaje en la primera infancia también se pueden resumir en la progresión de hitos que los niños suelen experimentar de 3 a 5 años. Aquí hay una tabla de esos.

Tabla8.6.1: Hitos del lenguaje ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad

3 años	• Sigue las instrucciones con 2 o 3 pasos • Puede nombrar las cosas más familiares • Entiende palabras como “in”, “on” y “under” • Dice nombre, edad y sexo • Nombra a un amigo • Dice palabras como “yo”, “yo”, “nosotros” y “tú” y algunos plurales (autos, perros, gatos) • Habla lo suficientemente bien como para que extraños entiendan la mayor parte del tiempo • Lleva una conversación usando 2 a 3 oraciones
4 años	• Conoce algunas reglas básicas de gramática, como usar correctamente “él” y “ella” • Canta una canción o dice un poema de memoria como el “Itsy Bitsy Spider” o las “Ruedas en el autobús” • Cuenta historias • Se puede decir nombre y apellido
5 años	• Habla muy claro • Cuenta una historia simple usando oraciones completas • Utiliza el tiempo futuro; por ejemplo, “La abuela estará aquí”. • Dice nombre y dirección

Ahora que hemos abordado algunas de las áreas cognitivas de crecimiento en la primera infancia, echemos un vistazo al tema de la escuela y sus diversas aplicaciones.

This page titled [8.6: Desarrollo del Lenguaje](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

8.7: Educación en la primera infancia

Proporcionar preescolar universal se ha convertido en un importante punto de presión para los líderes federales, estatales y locales en todo nuestro país. En su discurso sobre el Estado de la Unión de 2013, el presidente Obama hizo un llamado al congreso para brindar preescolar de alta calidad para todos los niños. Continuó apoyando el preescolar universal en su agenda legislativa, y en diciembre de 2014 el Presidente convocó a formuladores de políticas estatales y locales para la Cumbre de la Casa Blanca sobre Educación Temprana (Secretario de Prensa de la Casa Blanca, 2014).

Sin embargo, el preescolar universal que abarque a todos los niños de cuatro años del país requeriría un financiamiento significativo. Además, se ha debatido qué tan efectivos son los preescolares en la preparación de los niños para la escuela primaria y qué constituye una educación infantil de alta calidad. Para establecer criterios de designación como preescolar de alta calidad, la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) identifica 10 estándares (NAEYC, 2016). Estos incluyen:

- Se promueven las relaciones positivas entre todos los niños y adultos.
- Un plan de estudios que apoya el aprendizaje y el desarrollo en áreas sociales, emocionales, físicas, lingüísticas y cognitivas.
- Enfoques de enseñanza apropiados desde el punto de vista del desarrollo, cultura y lingüística.
- Evaluación del progreso de los niños para brindar información sobre el aprendizaje y el desarrollo.
- Se promueve la salud y nutrición de los niños, mientras se les protege de enfermedades y lesiones.
- Los maestros poseen las calificaciones educativas, los conocimientos y el compromiso para promover el aprendizaje de los niños.
- Se establecen y mantienen relaciones de colaboración con las familias.
- Se establecen relaciones con agencias e instituciones de las comunidades infantiles para apoyar las metas del programa.
- Los ambientes físicos interiores y exteriores son seguros y están bien mantenidos.
- El personal de liderazgo y administración está bien calificado, efectivo y mantiene el estado de licencia con la agencia estatal aplicable.

Los padres deben revisar los programas preescolares utilizando los criterios del NAEYC como guía y plantilla para hacer preguntas que les ayuden a elegir el mejor programa para su hijo.



Figura8.7.1: Niños haciendo manualidades en preescolar. (Imagen del Ayuntamiento de Seattle es de dominio público)

Seleccionar el preescolar adecuado también es difícil porque hay tantos tipos de preescolares disponibles. Zachry (2013) identificó a Montessori, Waldorf, Reggio Emilia, High Scope, Creative Curriculum y Bank Street como tipos de programas de educación infantil que se enfocan en el aprendizaje de los niños a través del descubrimiento. Los maestros actúan como facilitadores del aprendizaje y desarrollo de los niños y crean actividades basadas en el nivel de desarrollo del niño. Aquí hay una tabla que resume las características de cada tipo de programa.

Tabla8.7.1: Tipos de Programas de Educación Infantil (Gordon, A. M., & Browne, K. W. (2016). Principios esenciales en la educación infantil. (3ª ed.). Cengage: Boston.)

Programa	Fundador	Características

Montessori	Dra. María Montessori	• Se refiere a la actividad infantil como trabajo (no juego); a los niños se les da largos períodos de tiempo para trabajar • Enfoque en el aprendizaje individual • Cuenta con muebles de tamaño infantil y áreas de trabajo definidas • Los materiales son cuidadosamente seleccionados e introducidos a los niños por el maestro • Agrupación mixta de características • Los maestros deben estar certificados
Waldorf	Rudolf Steiner	• Centrarse en todo el niño • Incluye conexiones con la naturaleza, el aprendizaje sensorial y la imaginación • Proporciona grandes bloques de tiempo para jugar • Retrasar la instrucción académica formal • El ambiente protege a los niños de las influencias negativas • Las relaciones son importantes por lo que las agrupaciones duran varios años (looping) • Los maestros deben estar certificados
Reggio Emilia	Loris Malaguzzi	• Maestros y niños coconstruyen el plan de estudios • Los profesores son investigadores • El medio ambiente es el tercer maestro y presenta belleza y orden • El aprendizaje de los niños se documenta a través de los múltiples métodos (100 idiomas de los niños) • Tener atelier (estudio de arte) con un atelierista (artista) para instruir a los niños • Cree que los niños son competentes y capaces • Los niños permanecen juntos por 3 años • Los padres se asocian con los maestros • Comunidad es extensión de escuela

Alto Alcance	David Weikart	• Características definidas áreas de aprendizaje • Tiene 8 áreas de contenido con 58 indicadores clave de desarrollo • La consistencia de la rutina diaria es importante • Utiliza la secuencia plan-do-revisión en la que hacen un plan, actúan sobre él y luego reflexionan sobre los resultados • Los maestros son socios y utilizan el Registro de Observación Infantil (COR) para ayudar a evaluar a los niños y planificar el currículo • Utiliza un proceso de 6 pasos para enseñar a los niños a resolver conflictos
Calle Banco	Lucy Sprague Mitchell	• También conocido como el Enfoque Desarrollal-Interaccionista • El ambiente se organiza en centros de aprendizaje • Concéntrate en la experiencia práctica con largos períodos de tiempo dados • Docente usa preguntas para profundizar en la exploración de los niños • Los bloques son material primario en el aula • Los viajes de campo se utilizan con frecuencia
Currículo Creativo	Diane Trister	• Enfoque en el juego infantil y las actividades autoseleccionadas • El ambiente se organiza en áreas de aprendizaje • Se dan grandes bloques de tiempo para el juego autoseleccionado • Utiliza proyectos como base para el plan de estudios • Se investiga con base e incluye sistema de evaluación

Head Start

Para los niños que viven en la pobreza, Head Start ha estado brindando educación preescolar desde 1965 cuando fue iniciada por el presidente Lyndon Johnson como parte de su guerra contra la pobreza. Actualmente atiende a casi un millón de niños y anualmente cuesta aproximadamente 7.5 mil millones de dólares (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015). Sin embargo, las preocupaciones sobre la efectividad de Head Start han estado en curso desde que comenzó el programa. Armor (2015) revisó la investigación existente sobre Head Start y encontró que no hubo ganancias duraderas, y el niño promedio en Head Start no había aprendido más que los niños que no recibieron educación preescolar.



Figura8.7.2: Una fotografía de cuando comenzó Head Start. (Imagen por [Children's Bureau Centennial](#))

Un informe reciente de julio de 2015 que evalúa la efectividad de Head Start proviene del Centro de Intercambio de Información What Works. The What Works Clearinghouse identifica investigaciones que proporcionan evidencia confiable de la efectividad de los programas y prácticas en educación, y es administrada por el Instituto de Servicios Educativos para el Departamento de Educación de los Estados Unidos. Después de revisar 90 estudios sobre la efectividad de Head Start, solo un estudio se consideró científicamente aceptable y este estudio mostró resultados decepcionantes (Barshay, 2015). Este estudio mostró que los niños de 3 y 4 años en Head Start recibieron “efectos potencialmente positivos” en el rendimiento general de la lectura, pero no efectos notables en el logro matemático y el desarrollo socioemocional.

Los diseños no experimentales son un problema significativo para determinar la efectividad de los programas Head Start porque se necesita un grupo de control para mostrar diferencias grupales que demuestren beneficios educativos. Por razones éticas, los niños de bajos ingresos suelen recibir algún tipo de programación preescolar en un entorno alternativo. Adicionalmente, los programas de Head Start son diferentes según la ubicación, y estas diferencias incluyen la duración del día o la calificación de los maestros. Por último, probar a niños pequeños es difícil y depende en gran medida de sus habilidades lingüísticas y nivel de comodidad con un evaluador (Barshay, 2015). 28

Colaboradores y Atribuciones

28. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

This page titled [8.7: Educación en la primera infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.8: Aplicaciones a la educación temprana

Comprender cómo piensan y aprenden los niños ha demostrado ser útil para mejorar la educación. Actividades como jugar juegos que implican trabajar con números y relaciones espaciales pueden dar a los niños pequeños una ventaja de desarrollo sobre sus compañeros que tienen menos exposición a los mismos conceptos.

Matemáticas

Incluso antes de que ingresen al jardín de infantes, el conocimiento matemático de los niños de orígenes de bajos ingresos va muy por detrás del de los niños de orígenes más ricos. Ramani y Siegler (2008) plantearon la hipótesis de que esta diferencia se debe a que los niños de familias de ingresos medios y altos participan con mayor frecuencia en actividades numéricas, por ejemplo jugando juegos de mesa numéricos como Chutes y Escaleras. Chutes and Ladders es un juego con un número en cada cuadrado; los niños comienzan en el número uno y hacen girar un spinner o lanzar un dado para determinar hasta dónde mover su ficha. Jugar a este juego parecía probable que enseñara a los niños sobre los números, porque en él, los números más grandes se asocian con mayores valores en una variedad de dimensiones. En particular, cuanto mayor sea el número que alcance la ficha de un niño, mayor será la distancia que la ficha habrá recorrido desde el punto de partida, mayor será el número de movimientos físicos que el niño habrá realizado al mover la ficha de un cuadrado a otro, mayor será el número de números-palabras el niño habrá dicho y escuchado, y más tiempo habrá pasado desde el inicio del juego. Estas señales espaciales, cinestéticas, verbales y basadas en el tiempo proporcionan una base multisensorial amplia para el conocimiento de las magnitudes numéricas (los tamaños de los números), un tipo de conocimiento que está estrechamente relacionado con los puntajes de las pruebas de logro de matemáticas (Booth & Siegler, 2006).

Jugar a este juego de mesa numérico durante aproximadamente 1 hora, distribuido en un período de 2 semanas, mejoró el conocimiento de las magnitudes numéricas de los niños de bajos ingresos, la capacidad de leer números impresos y la habilidad para aprender nuevos problemas aritméticos. Las ganancias duraron meses después de la experiencia de juego (Ramani & Siegler, 2008; Siegler & Ramani, 2009). Una ventaja de este tipo de intervención educativa es que tiene un costo mínimo, si es que tiene algún costo, ya que los padres simplemente podrían dibujar un juego en una hoja de papel.

Lectura

La investigación del desarrollo cognitivo ha demostrado que la conciencia fonémica, es decir, la conciencia de los sonidos componentes dentro de las palabras, es una habilidad crucial para aprender a leer. Para medir la conciencia de los sonidos componentes dentro de las palabras, los investigadores piden a los niños que decidan si dos palabras riman, que decidan si las palabras comienzan con el mismo sonido, que identifiquen los sonidos componentes dentro de las palabras y que indiquen qué quedaría si un sonido dado fuera eliminado de una palabra. El desempeño de los niños de kindergarten en estas tareas es el predictor más fuerte del logro de lectura en tercer y cuarto grado, incluso más fuerte que el coeficiente intelectual o los antecedentes de clase social (Nation, 2008). Además, enseñar estas habilidades a niños de 4 y 5 años elegidos al azar da como resultado que sean mejores lectores años después (Panel Nacional de Lectura, 2000).

Maduración Cerebral Continua

La comprensión del desarrollo cognitivo está avanzando en muchos frentes diferentes. Un área emocionante es vincular los cambios en la actividad cerebral con los cambios en el pensamiento de los niños (Nelson et al., 2006). Aunque muchas personas creen que la maduración cerebral es algo que ocurre antes del nacimiento, el cerebro en realidad continúa cambiando de grandes maneras durante muchos años a partir de entonces. Por ejemplo, una parte del cerebro llamada corteza prefrontal, que se encuentra en la parte frontal del cerebro y está particularmente involucrada con la planificación y la resolución flexible de problemas, continúa desarrollándose a lo largo de la adolescencia (Blakemore & Choudhury, 2006). Dichos nuevos dominios de investigación, así como temas perdurables como la naturaleza y la crianza, la continuidad y la discontinuidad, y cómo aplicar la investigación del desarrollo cognitivo a la educación, aseguran que el desarrollo cognitivo seguirá siendo un área de investigación emocionante en los próximos años. 29

Colaboradores y Atribuciones

29. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [8.8: Aplicaciones a la educación temprana](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.9: Diferencias cognitivas

A veces el cerebro de los niños funciona de manera diferente. Una forma de esta neurodiversidad es el **trastorno del espectro autista**.

Autismo: Definición del trastorno del espectro

El trastorno del espectro autista (TEA) describe una gama de afecciones clasificadas como trastornos del neurodesarrollo en la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría. El DSM-5, publicado en 2013, redefinió el espectro autista para abarcar los diagnósticos previos (DSM-IV-TR) de autismo, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS) y trastorno desintegrativo infantil. Estos trastornos se caracterizan por déficits sociales y dificultades de comunicación, comportamientos e intereses repetitivos, problemas sensoriales y, en algunos casos, retrasos cognitivos.

El síndrome de Asperger se distinguió del autismo en el DSM-IV anterior por la falta de retraso o desviación en el desarrollo temprano del lenguaje. Adicionalmente, los individuos diagnosticados con síndrome de Asperger no presentaron retrasos cognitivos significativos. El PDD-NOS se consideró “autismo subumbral” y “autismo atípico” porque a menudo se caracterizaba por síntomas más leves de autismo o síntomas en un solo dominio (como las dificultades sociales). En el DSM-5, ambos diagnósticos han sido subsumidos en el trastorno del espectro autista.

Los trastornos del espectro autista se consideran en un espectro porque cada individuo con TEA expresa el trastorno de manera única y tiene diversos grados de funcionalidad. Muchos tienen habilidades intelectuales superiores a la media y sobresalen en habilidades visuales, música, matemáticas y artes, mientras que otros tienen discapacidades significativas y no pueden vivir de manera independiente. Alrededor del 25 por ciento de los individuos con TEA son no verbales; sin embargo, pueden aprender a comunicarse usando otros medios.

Síntomas de comunicación social

Las deficiencias sociales en niños con autismo pueden caracterizarse por una falta distintiva de intuición sobre los demás. El desarrollo social inusual se hace evidente en la primera infancia. Los bebés con TEA muestran menos atención a los estímulos sociales, sonríen y miran a los demás con menos frecuencia, y responden menos a su propio nombre. Los niños pequeños con TEA difieren más notablemente de las normas sociales; por ejemplo, pueden mostrar menos contacto visual y tomar turnos y es posible que no tengan la capacidad de usar movimientos simples para expresarse. Los individuos con formas graves de TEA no desarrollan el habla natural suficiente para satisfacer sus necesidades diarias de comunicación.

Comportamientos restringidos y repetitivos

Los niños con TEA pueden presentar un comportamiento repetitivo o restringido, incluyendo:

- Estereotipo: movimiento repetitivo, como aleteo de la mano, balanceo de la cabeza o balanceo del cuerpo.
- Comportamiento compulsivo: mostrar intención de seguir reglas, como organizar objetos en pilas o líneas.
- Equidad: resistencia al cambio; por ejemplo, insistir en que los muebles no se muevan o apegarse a un patrón invariable de actividades diarias.
- Comportamiento restringido: límites de enfoque, interés o actividad, como la preocupación por un solo programa de televisión, juguete o juego.
- Auto-lesión: movimientos que lesionan o pueden lesionar a la persona, como pinchazos en los ojos, picarse la piel, morderse la mano y golpear la cabeza.



Figura8.9.1: Un niño apilando latas. (La imagen de Countincr está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Etiología

Si bien aún no se han encontrado causas específicas de TEA, se han identificado muchos factores de riesgo en la literatura de investigación que pueden contribuir a su desarrollo. Estos factores de riesgo incluyen factores genéticos, prenatales y perinatales, anomalías neuroanatómicas y factores ambientales. Es posible identificar factores de riesgo generales, pero mucho más difíciles de identificar factores específicos.

Genética

El TEA afecta el procesamiento de la información en el cerebro al alterar la forma en que las células nerviosas y sus sinapsis se conectan y organizan; por lo tanto, se clasifica como un trastorno del neurodesarrollo. Los resultados de estudios familiares y gemelos sugieren que los factores genéticos juegan un papel en la etiología del TEA y otros trastornos generalizados del desarrollo. Los estudios han encontrado consistentemente que la prevalencia de TEA en hermanos de niños con TEA es aproximadamente de 15 a 30 veces mayor que la tasa en la población general. Además, la investigación sugiere que existe una tasa de concordancia mucho mayor entre los gemelos monocigóticos (idénticos) en comparación con los gemelos dicigóticos (fraternos). Parece que no hay un solo gen que pueda dar cuenta del TEA; en cambio, parece haber múltiples genes involucrados, cada uno de los cuales es un factor de riesgo para parte del síndrome autista a través de diversos grupos. No está claro si el TEA se explica más por mutaciones raras o por combinaciones de variantes genéticas comunes.

La diversidad del espectro autista

El símbolo infinito de color arcoíris representa la diversidad del espectro autista así como el mayor movimiento de neurodiversidad. El movimiento de neurodiversidad sugiere que diversas afecciones neurológicas aparecen como resultado de variaciones normales en el genoma humano. Desafía la idea de que tales diferencias neurológicas son inherentemente patológicas, en lugar de afirmar que las diferencias deben ser reconocidas y respetadas como una categoría social a la par de género, etnia, orientación sexual o estado de discapacidad.



Figura8.9.2: Un símbolo del espectro autista. (La imagen es de dominio público)

Factores prenatales y perinatales

Se han reportado varias complicaciones prenatales y perinatales como posibles factores de riesgo para TEA. Estos factores de riesgo incluyen diabetes gestacional materna, edad materna y paterna mayores de 30 años, sangrado después del primer trimestre, uso de medicamentos recetados (como valproato) durante el embarazo y meconio (las heces más tempranas de un lactante) en el líquido amniótico. Si bien la investigación no es concluyente sobre la relación de estos factores con el TEA, cada uno de estos factores se ha identificado con mayor frecuencia en niños con TEA que en jóvenes en desarrollo sin TEA.

Factores Ambientales

La evidencia de causas ambientales es anecdótica y no ha sido confirmada por estudios confiables. En las últimas décadas, la controversia rodeó la idea de que las vacunas pueden ser la causa de muchos casos de autismo; sin embargo, estas teorías carecen

de evidencia científica y son biológicamente inverosímiles. Aún así, la preocupación de los padres por un posible vínculo vacunal con el autismo ha provocado menores tasas de vacunas infantiles, brotes de enfermedades infantiles previamente controladas en algunos países y muertes prevenibles de varios niños.

Tratamiento

No se conoce una cura para el TEA, y el tratamiento tiende a enfocarse en el manejo de los síntomas. Los principales objetivos al tratar a niños con TEA son disminuir los déficits asociados y la angustia familiar y aumentar la calidad de vida y la independencia funcional ³². El tratamiento para TEA debe comenzar lo antes posible después del diagnóstico. El tratamiento temprano para el TEA es importante ya que la atención adecuada puede reducir las dificultades de las personas mientras les ayuda a aprender nuevas habilidades y aprovechar al máximo sus fortalezas.

La amplia gama de problemas que enfrentan las personas con TEA significa que no existe un único mejor tratamiento para el TEA.³³ Por lo tanto, el tratamiento generalmente se adapta a las necesidades de la persona individual. Los programas intensivos y sostenidos de educación especial y la terapia conductual anualmente en la vida pueden ayudar a los niños a adquirir habilidades de autocuidado, sociales y laborales. La terapia más utilizada **es el análisis de comportamiento aplicado (ABA)**; otros enfoques disponibles incluyen modelos de desarrollo, enseñanza estructurada, terapia del habla y lenguaje, terapia de habilidades sociales y terapia ocupacional. ³⁴



Figura8.9.3: Un niño con TEA recibiendo terapia. (Imagen de la [Base de la Fuerza Aérea Edwards](#) es de dominio público)

Se ha prestado cada vez más atención al desarrollo de intervenciones basadas en evidencias para niños pequeños con TEA. Aunque las intervenciones basadas en la evidencia para niños con TEA varían en sus métodos, muchos adoptan un enfoque psicoeducativo para mejorar las habilidades cognitivas, de comunicación y sociales al tiempo que minimizan los comportamientos que se consideran problemáticos ³⁶.

Colaboradores y Atribuciones

32. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

33. El [Trastorno del Espectro Autista](#) por el [Instituto Nacional de Salud Mental](#) es de dominio público

34. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

36. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [8.9: Diferencias cognitivas](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

8.S: Resumen

En este capítulo cubrimos,

- Etapa preoperativa de Piaget.
- La teoría sociocultural de Vygotsky.
- Procesamiento de información.
- Cómo entienden el mundo los niños pequeños.
- Progresión típica del desarrollo cognitivo y del lenguaje (hitos).
- Educación en la primera infancia.
- Trastorno del espectro autista.

En el siguiente capítulo, terminaremos de cubrir la educación infantil observando cómo los niños se entienden a sí mismos e interactúan con el mundo.

This page titled [8.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

9: Desarrollo Social Emocional en la Primera Infancia

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, deberías poder:

1. Describir cómo se ven a sí mismos los niños en edad preescolar.
2. Resumir la etapa de iniciativa versus culpa de Erikson.
3. Discutir la progresión del desarrollo socioemocional durante la primera infancia.
4. Explicar cómo los niños desarrollan su comprensión del género.
5. Comparar y contrastar diferentes estilos de crianza.
6. Definir características de cuidado infantil de alta calidad.
7. Discutir el papel de hermanos y compañeros.
8. Describir los tipos de juego.
9. Resumir la influencia en la competencia social y emocional.
10. Identificar los efectos del estrés en niños de tres a cinco años.

En la primera infancia, la comprensión de los niños de sí mismos y de su papel en el mundo se expande enormemente.

[9.1: Hitos sociales y emocionales](#)

[9.2: Interaccionismo y puntos de vista del yo](#)

[9.3: Erikson- Iniciativa vs Culpa](#)

[9.4: Identidad de género, constancia de género y roles de género](#)

[9.5: Vida Familiar](#)

[9.6: Peers](#)

[9.7: Jugar](#)

[9.8: Comprensión social](#)

[9.9: Personalidad](#)

[9.10: Competencia Social y Emocional](#)

[9.11: Estrés y Desarrollo Infantil](#)

[9.S: Resumen](#)

Miniaturas: [www.pexels.com/photo/tilt-sh... corto-1027931/](https://www.pexels.com/photo/tilt-shift-people-1027931/)

This page titled [9: Desarrollo Social Emocional en la Primera Infancia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

9.1: Hitos sociales y emocionales

Esa comprensión expansiva de sí mismos y de los demás se desarrolla con la edad. Aquí hay una tabla de hitos sociales y emocionales que los niños suelen experimentar durante la primera infancia.

Tabla9.1.1: Hitos sociales y emocionales ([Hitos del desarrollo](#) por los [CDC](#) son de dominio público)

Edad Típica	Lo que hacen la mayoría de los niños a esta edad
3 años	• Copias adultos y amigos • Muestra cariño por los amigos sin incitar • Se turna en los juegos • Muestra preocupación por un amigo que llora • Vestidos y desnudas auto • Entiende la idea de “mío” y “suyo” o “suyo” • Muestra una amplia gama de emociones • Se separa fácilmente de mamá y papá • Puede enojarse con cambios importantes en la rutina
4 años	• Disfruta haciendo cosas nuevas • Es cada vez más creativo con el juego imaginario • Preferiría jugar con otros niños que por sí mismo • Cooperar con otros niños • Juega “mamá” o “papá” • A menudo no se puede decir lo que es real y lo que es imaginario • Habla sobre lo que le gusta y lo que le interesa
5 años	• Quiere complacer a los amigos • Quiere ser como amigos • Más probabilidades de estar de acuerdo con las reglas • Le gusta cantar, bailar y actuar • Es consciente del género • Puede decir lo que es real y lo que es imaginario • Muestra más independencia • A veces es exigente y a veces muy cooperativo

Muchas cosas influyen en cómo los niños desarrollan esos hitos a medida que cambia la forma en que se ven a sí mismos y cómo interactúan con quienes los rodean. Veamos más a estos.

This page titled [9.1: Hitos sociales y emocionales](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.2: Interaccionismo y puntos de vista del yo

La primera infancia es un tiempo de formación de un sentido inicial de sí mismo. Un **autoconcepto** o idea de quiénes somos, qué somos capaces de hacer, y cómo pensamos y sentimos es un proceso social que implica tomar en consideración cómo nos ven los demás. Entonces, para desarrollar un sentido de sí mismo, debes tener interacción con los demás. Los teóricos interaccionistas, Cooley y Mead ofrecen dos interesantes explicaciones de cómo se desarrolla un sentido de sí mismo.

Cooley

Charles Horton Cooley (1964) sugiere que nuestro autoconcepto proviene de mirar cómo nos responden los demás. Este proceso, conocido como **el yo espejo** implica mirar cómo los demás parecen vernos e interpretar esto a medida que hacemos juicios sobre si somos buenos o malos, fuertes o débiles, hermosos o feos, y así sucesivamente. Por supuesto, no siempre interpretamos sus respuestas con precisión por lo que nuestro autoconcepto no es simplemente un reflejo espejo de las opiniones de los demás. Después de formar un autoconcepto inicial, podemos usarlo como un filtro mental tamizando aquellas respuestas que no parecen encajar con nuestras ideas de quiénes somos. Algunos cumplidos pueden ser negados, por ejemplo. El proceso del yo espejo se pronuncia cuando somos preescolares, o tal vez cuando estamos en una nueva escuela o trabajo o estamos asumiendo un nuevo papel en nuestra vida personal y estamos tratando de medir nuestras propias actuaciones. Cuando nos sentimos más seguros de quiénes somos, nos enfocamos menos en cómo nos parecemos a los demás. 2



Figura9.2.1: Una niña mirándose vistiendo gafas en un espejo. (La imagen es de dominio público)

Mead

Herbert Mead (1967) ofrece una explicación de cómo desarrollamos un sentido social del yo al poder vernos a nosotros mismos a través de los ojos de los demás. Hay dos partes del yo: el “yo” que es la parte del yo que es espontánea, creativa, innata, y no se preocupa por cómo nos ven los demás y el “yo” o la definición social de lo que somos.

Cuando nacemos, todos somos “yo” y actuamos sin preocuparnos por cómo nos ven los demás. Pero el yo socializado comienza cuando somos capaces de considerar cómo nos ve una persona importante. Esta etapa inicial se llama “tomar el papel del otro significativo”. Por ejemplo, un niño puede tirar de la cola de un gato y su madre le diga: “¡No! No hagas eso, eso es malo” mientras recibe una ligera bofetada en la mano. Posteriormente, el niño puede imitar el mismo comportamiento hacia el yo y decir en voz alta: “No, eso es malo” mientras le da palmaditas en la mano. ¿Qué ha pasado? El niño es capaz de verse a sí mismo a través de los ojos de la madre. A medida que el niño crece y se expone a muchas situaciones y reglas de la cultura, comienza a verse al yo a los ojos de muchos otros a través de estas normas o reglas culturales. Esto se conoce como “tomar el papel del otro generalizado” y da como resultado un sentido de sí mismo con muchas dimensiones. El niño llega a tener sentido de sí mismo como estudiante, como amigo, como hijo, y así sucesivamente.

Sentido exagerado de sí mismo

Una de las formas de obtener un sentido más claro del yo es exagerar esas cualidades que se van a incorporar al yo. A los preescolares a menudo les gusta exagerar sus propias cualidades o buscar la validación como los más grandes, más inteligentes o niños que pueden saltar más alto. Esta exageración tiende a ser reemplazada por un sentido más realista de sí mismo en la infancia media.

Autoestima

La primera infancia es un tiempo de formación de un sentido inicial de sí mismo. **El autoconcepto** es nuestra autodescripción de acuerdo a diversas categorías, como nuestras cualidades externas e internas. En contraste, **la autoestima** es un juicio evaluativo

sobre quiénes somos. La aparición de habilidades cognitivas en este grupo etario da como resultado mejores percepciones del yo, pero tienden a enfocarse en cualidades externas, a las que se hace referencia como el **yo categórico**. Cuando los investigadores piden a los niños pequeños que se describan a sí mismos, sus descripciones tienden a incluir descriptores físicos, actividades preferidas y posesiones favoritas. Así, la **autodescripción** de una niña de 3 años podría ser una niña de 3 años con el pelo rojo, a la que le gusta jugar con bloques. Sin embargo, incluso los niños de tan solo tres años saben que hay más para sí mismos que estas características externas.

Harter y Pike (1984) desafiaron el método de medir la personalidad con una pregunta abierta ya que sentían que las limitaciones del lenguaje obstaculizaban la capacidad de los niños pequeños para expresar su autoconocimiento. Sugirieron un cambio en el método de medición del autoconcepto en niños pequeños, mediante el cual los investigadores proporcionan declaraciones que preguntan si algo es cierto para el niño (por ejemplo, “me gusta mandar a la gente alrededor”, “Estoy gruñón la mayor parte del tiempo”). Descubrieron que en la primera infancia, los niños responden estas declaraciones de manera internamente consistente, especialmente después de los cuatro años (Goodvin, Meyer, Thompson & Hayes, 2008) y a menudo dan respuestas similares a lo que otros (padres y maestros) dicen sobre el niño (Brown, Mangelsdorf, Agathen, & Ho, 2008; Colwell & Lindsey, 2003).



Figura9.2.2: Los niños pequeños no siempre se sienten bien consigo mismos. (La imagen está licenciada bajo CC0)

Los niños pequeños tienden a tener una autoimagen generalmente positiva. Este optimismo suele ser el resultado de una falta de comparación social a la hora de hacer autoevaluaciones (Ruble, Boggiano, Feldman, & Loebler, 1980), y con la comparación entre lo que alguna vez el niño podría hacer con lo que puede hacer ahora (Kemple, 1995). Sin embargo, esto no significa que los niños en edad preescolar estén exentos de autoevaluaciones negativas. Los niños preescolares con apegos inseguros a sus cuidadores tienden a tener menor autoestima a los cuatro años (Goodvin et al., 2008). El afecto negativo materno (estado emocional) también fue encontrado por Goodwin y sus colegas para producir más autoevaluaciones negativas en niños preescolares.

Autocontrol

El autocontrol no es un fenómeno único, sino que es multifacético. Incluye el **inicio de la respuesta**, la capacidad de no iniciar un comportamiento antes de que hayas evaluado toda la información, la **inhibición de la respuesta**, la capacidad de detener un comportamiento que ya ha comenzado, y la gratificación retrasada, la capacidad de aguantar por una recompensa mayor al renunciar a recompensa inmediata más pequeña (Dougherty, Marsh, Mathias y Swann, 2005). Es en la primera infancia donde vemos el inicio del autocontrol, un proceso que lleva muchos años desarrollarse plenamente. En la ya clásica “Prueba de malvavisco” (Mischel, Ebbesen, & Zeiss, 1972) los niños se enfrentan a la elección de una pequeña recompensa inmediata (un malvavisco) y una recompensa retardada más grande (más malvaviscos). Walter Mischel y sus colegas a lo largo de los años han encontrado que la capacidad de retrasar la gratificación a la edad de cuatro años predijo un mejor rendimiento académico y salud más adelante en la vida (Mischel, et al., 2011). El autocontrol está relacionado con la función ejecutiva, discutido anteriormente en el capítulo. A medida que mejora la función ejecutiva, los niños se vuelven menos impulsivos (Traverso, Viterbori, & Usai, 2015).

5

Autocontrol y juego

Gracias al nuevo Centro de Investigación sobre el Juego en la Educación, el Desarrollo y el Aprendizaje (PEDal), Whitebread, Baker, Gibson y un equipo de investigadores esperan aportar evidencias sobre el papel que juega el juego en cómo se desarrolla un niño.

“Una fuerte posibilidad es que el juego apoye el desarrollo temprano del autocontrol de los niños”, explica Baker. “Estas son nuestras habilidades para desarrollar la conciencia de nuestros propios procesos de pensamiento, influyen en la eficacia con la que emprendemos actividades desafiantes”.

En un estudio realizado por Baker con niños pequeños y preescolares jóvenes, encontró que los niños con mayor autocontrol resolvieron problemas más rápido al explorar una configuración poco familiar que requería razonamiento científico,

independientemente de su coeficiente intelectual. “Este tipo de evidencia nos hace pensar que dar a los niños la oportunidad de jugar los hará más exitosos y creativos para resolver problemas a largo plazo”.

Si las experiencias lúdicas sí facilitan este aspecto del desarrollo, dicen los investigadores, podría ser extremadamente significativo para las prácticas educativas porque se ha demostrado que la capacidad de autorregulación es un predictor clave del rendimiento académico.

Gibson agrega: “El comportamiento lúdico también es un indicador importante del desarrollo social y emocional saludable. En mi investigación anterior, investigué cómo observar a los niños jugando puede darnos pistas importantes sobre su bienestar e incluso puede ser útil en el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo como el autismo” 6.

Colaboradores y Atribuciones

2. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
5. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
6. [Play's the Thing](#) de la [Universidad de Cambridge](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [9.2: Interaccionismo y puntos de vista del yo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.3: Erikson- Iniciativa vs Culpa

El psicólogo Erik Erikson sostiene que los niños en la primera infancia pasan por una etapa de “iniciativa vs. culpa”. Si el niño es colocado en un ambiente donde puede explorar, tomar decisiones e iniciar actividades, ha logrado la iniciativa. Por otra parte, si el niño es puesto en un ambiente donde la iniciación es reprimida a través de la crítica y el control, desarrollará un sentido de culpa.



Figura9.3.1: Niños jugando en la arena. (La imagen es de dominio público)

La confianza y autonomía de etapas anteriores se convierten en un deseo de tomar iniciativa o de pensar en ideas y acciones de iniciativa. Los niños pueden querer construir un fuerte con los cojines del sofá de la sala o abrir un puesto de limonada en el camino de entrada o hacer un zoológico con sus peluches y emitir boletos a quienes quieran venir. O tal vez solo quieran prepararse para la cama sin ninguna ayuda. Para reforzar la toma de iniciativa, los cuidadores deben ofrecer elogios por los esfuerzos del niño y evitar criticar los líos o errores. ¡Los trapos empapados y la pasta de dientes que quedan en el fregadero palidece en comparación con la cara sonriente de un niño de cinco años que emerge del baño con dientes limpios y pijama! 8

Colaboradores y Atribuciones

8. [Desarrollo Infantil de Ana R. Leon](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Antoinette Ricardo)

This page titled [9.3: Erikson- Iniciativa vs Culpa](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.4: Identidad de género, constancia de género y roles de género

Otra dimensión importante del yo es el sentido del yo como hombre o mujer. Los niños en edad preescolar se interesan cada vez más en conocer las diferencias entre niños y niñas tanto físicamente como en cuanto a qué actividades son aceptables para cada uno. Si bien los niños de 2 años pueden identificar algunas diferencias y aprender si son niños o niñas, los preescolares se interesan más por lo que significa ser hombre o mujer. Esta autoidentificación o **identidad de género** es seguida algún tiempo después con **constancia de género** o el conocimiento de que el género no cambia. **Los roles de género** o los derechos y expectativas que se asocian con ser hombre o mujer se aprenden a lo largo de la infancia y hasta la edad adulta.

Freud y la etapa fálica

Freud creía que la masculinidad y la feminidad se aprendieron durante la etapa fálica del desarrollo psicosexual. Según Freud, durante la etapa fálica, el niño desarrolla una atracción hacia el padre del sexo opuesto pero después de reconocer que en realidad no pueden involucrarse románticamente con ese padre, el niño aprende a modelar su propio comportamiento después del padre del mismo sexo. El niño desarrolla su propio sentido de masculinidad o feminidad a partir de esta resolución. Y, según Freud, una persona que no exhibe un comportamiento apropiado para el género, como una mujer que compite con hombres por trabajos o un hombre que carece de seguridad en sí mismo y dominio, no ha completado con éxito esta etapa de desarrollo. En consecuencia, esa persona sigue luchando con su propia identidad de género.

Chodorow y Mothering

Chodorow, un neo-freudiano, creía que la maternidad promueve el comportamiento estereotípico de género. Las madres alejan a sus hijos demasiado pronto y dirigen su atención hacia la resolución de problemas y la independencia. Como resultado, los hijos crecen confiados en sus propias habilidades pero incómodos con la intimidad. Las niñas se mantienen dependientes demasiado tiempo y se les da asistencia innecesaria e incluso no deseada de sus madres. Las niñas aprenden a subestimar sus habilidades y carecen de asertividad pero se sienten cómodas con la intimidad.



Figura9.4.1: Un niño mostrando independencia y confianza. (La imagen de Adam Jones está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)



Figura9.4.2: Una niña que muestra dependencia y consuelo dentro de una relación. (Imagen de Free-Photos en Pixabay)

Ambos modelos asumen que las experiencias de la primera infancia dan como resultado autoconceptos de género de por vida. Sin embargo, la socialización de género es un proceso que continúa durante toda la vida. Niños, adolescentes y adultos refinan y pueden modificar su sentido de sí mismos en función del género.

Aprendizaje a través del refuerzo y el modelado

Los teóricos del aprendizaje sugieren que la socialización de roles de género es el resultado de las formas en que padres de familia, maestros, amigos, escuelas, instituciones religiosas, medios de comunicación y otros envían mensajes sobre lo que es un comportamiento aceptable o deseable como hombres o mujeres. Esta socialización comienza temprano, de hecho, puede incluso comenzar en el momento en que un padre se entera de que un niño está en camino. Conocer el sexo del niño puede evocar imágenes del comportamiento, apariencia y potencial del niño por parte de un padre. Y este estereotipo sigue guiando la percepción a través de la vida. Considera que los padres de recién nacidos, a los que se les muestra un bebé de 7 libras y 20 pulgadas, envuelto en azul (un color que designa a los machos) describen al niño como duro, fuerte y enojado al llorar. Mostrado el mismo bebé en rosa (un color que se usa en Estados Unidos para las niñas), es probable que estos padres describan al bebé como bonito, delicado y frustrado al llorar. (Maccoby & Jacklin, 1987). Las niñas se mantienen con más frecuencia, se les habla con más frecuencia y se les da contacto visual directo, mientras que los bebés varones juegan a menudo es mediado a través de un juguete o actividad

A los hijos se les dan tareas que los llevan fuera de la casa y que tienen que realizarse solo en ocasiones mientras que a las niñas se les da más probabilidades de que se les den tareas dentro del hogar como la limpieza o la cocción que se realiza a diario. Se anima a los hijos a pensar por sí mismos cuando encuentran problemas y es más probable que las hijas reciban asistencia incluso cuando están trabajando en una respuesta. Esta impaciencia se refleja en que los maestros esperan menos tiempo al pedir una respuesta a una alumna que cuando piden una respuesta a un estudiante varón (Sadker y Sadker, 1994). A las niñas se les da el mensaje de los maestros de que deben esforzarse más y aguantar para tener éxito mientras que los éxitos de los niños se atribuyen a su inteligencia. Por supuesto, los estereotipos de los asesores también pueden influir en qué tipo de cursos o elecciones vocacionales se alienta a tomar a las niñas y niños.

Los amigos discuten lo que es aceptable para niños y niñas y la popularidad puede basarse en modelar lo que se considera comportamiento ideal o busca para los sexos. Las niñas tienden a contarse secretos entre sí para validar a otras como mejores amigas mientras que los niños compiten por el puesto enfatizando sus conocimientos, fortaleza o logros. Este enfoque en los logros puede incluso dar lugar a logros exagerados en los niños, pero las niñas se desaniman de presumir y pueden aprender a minimizar sus logros como resultado.

Los mensajes de género abundan en nuestro entorno. Pero, ¿significa esto que cada uno de nosotros recibe e interpreta estos mensajes de la misma manera? Probablemente no. Además de ser receptores de estas expectativas culturales, somos individuos que también modifican estos roles (Kimmel, 2008). A partir de lo que los niños pequeños aprenden sobre el género de los padres, compañeros y quienes observan en la sociedad, los niños desarrollan sus propias concepciones sobre los atributos asociados con la masculinidad o la feminidad, lo que se conoce como **esquemas de género**.

¿Cuánto importa el género? En Estados Unidos, las diferencias de género se encuentran en las experiencias escolares (incluso en la universidad y la escuela profesional, las niñas son menos vocales en las aulas y mucho más en riesgo de acoso sexual por parte de maestros, entrenadores, compañeros de clase y profesores), en las interacciones sociales y en los mensajes de los medios. Los **estereotipos de que los niños** deben ser fuertes, contundentes, activos, dominantes y racionales y que las niñas deben ser bonitas, subordinadas, poco inteligentes, emocionales y gabby se retratan en juguetes infantiles, libros, comerciales, videojuegos, películas, programas de televisión y música.



Figura9.4.3: Repisas de tiendas llenas de colores rosa y morado y juguetes para niñas. (La imagen de Janet McKnight está licenciada bajo CC BY 2.0)



Figura9.4.4: Estantes llenos de colores primarios y juguetes para niños. (Imagen de Janet McKnight está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

En la edad adulta, estas diferencias se reflejan en brechas de ingresos entre hombres y mujeres donde las mujeres que trabajan a tiempo completo ganan alrededor de 74 por ciento los ingresos de los hombres, en tasas más altas de mujeres que sufren violación y violencia doméstica, mayores tasas de trastornos alimentarios para las mujeres, y en tasas más altas de muerte violenta para los hombres en la edad adulta joven. Cada una de estas diferencias se explorará más a fondo en capítulos subsiguientes. 13

Disforia de Género

Un creciente cuerpo de investigación se centra ahora en la disforia de género, o la angustia que acompaña a un desajuste entre la identidad de género y el sexo biológico (American Psychiatric Association, 2013). Si bien las tasas de prevalencia son bajas, en aproximadamente 0.3 por ciento de la población de Estados Unidos (Russo, 2016), los niños que posteriormente se identificaron como transgénero, a menudo declararon que eran del sexo opuesto en cuanto comenzaron a hablar. Comentarios como afirmar que prefieren los juguetes, la ropa y la anatomía del sexo opuesto, mientras que rechazar los juguetes, ropa y anatomía de su sexo asignado son criterios para un diagnóstico de Disforia de Género en niños. Ciertamente, muchos niños pequeños no se ajustan a los roles de género modelados por la cultura e incluso retroceden contra los roles asignados. Sin embargo, no experimentan molestias con respecto a su identidad de género y no serían identificados con Disforia de Género. Una descripción más completa de la Disforia de Género, incluyendo los tratamientos actuales, se discutirá en el capítulo sobre la adolescencia. 14

Colaboradores y Atribuciones

13. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#); [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine- El francés está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

14. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [9.4: Identidad de género, constancia de género y roles de género](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.5: Vida Familiar

Las relaciones entre padres e hijos continúan desempeñando un papel importante en el desarrollo de los niños durante la primera infancia. Exploraremos dos modelos de estilos parentales. Ten en cuenta que la mayoría de los padres no siguen ningún modelo por completo. La gente real tiende a caer en algún lugar entre estos estilos. Y a veces los estilos de crianza cambian de un niño a otro o en momentos en que el padre tiene más o menos tiempo y energía para la crianza de los hijos. Los estilos de crianza también pueden verse afectados por preocupaciones que el padre tenga en otras áreas de su vida. Por ejemplo, los estilos parentales tienden a volverse más autoritarios cuando los padres están cansados y quizás más autoritarios cuando son más enérgicos. A veces los padres parecen cambiar su enfoque de crianza cuando otros están cerca, tal vez porque se vuelven más cohibidos como padres o están preocupados por dar a los demás la impresión de que son un padre “duro” o un padre “tranquilo”. Y por supuesto, los estilos de crianza pueden reflejar el tipo de crianza que alguien vio modelar mientras crecía.



Figura9.5.1: Una familia jugando juntos afuera. (Imagen [del Servicio Médico de la Fuerza Aérea](#) es de dominio público)

Baumrind

Baumrind (1971) ofrece un modelo de crianza que incluye cuatro estilos. El primero, **autoritario**, es el modelo tradicional de paternidad en el que los padres hacen las reglas y se espera que los niños sean obedientes. Baumrind sugiere que los padres autoritarios tienden a poner demandas de madurez a sus hijos que son irrazonablemente altas y tienden a ser distantes y distantes. En consecuencia, los niños criados de esta manera pueden temer en lugar de respetar a sus padres y, debido a que sus padres no permiten la discusión, pueden sacar sus frustraciones sobre objetivos más seguros, tal vez como matones hacia sus compañeros.

La **paternidad permisiva** implica mantener expectativas de los niños que están por debajo de lo que razonablemente se podría esperar de ellos. A los niños se les permite elaborar sus propias reglas y determinar sus propias actividades. Los padres son cálidos y comunicativos, pero proporcionan poca estructura a sus hijos. Los niños no aprenden la autodisciplina y pueden sentirse algo inseguros porque desconocen los límites.

La **paternidad autorizada** implica ser apropiadamente estricta, razonable y cariñosa. Los padres permiten la negociación en su caso y la disciplina coincide con la severidad del delito. Un popular programa de crianza que se ofrece en muchos distritos escolares se llama “Amor y Lógica” y refleja el estilo autoritario o democrático de crianza que se acaba de describir.

Los padres no involucrados (también conocidos como rechazar/descuidar) están desvinculados de sus hijos. No hacen demandas a sus hijos y no responden. Estos niños pueden sufrir en la escuela y en sus relaciones con sus compañeros (Gecas & Self, 1991).

Lemasters y Defrain

Lemasters y Defrain (1989) ofrecen otro modelo de crianza. Este modelo es interesante porque mira más de cerca las motivaciones del padre y sugiere que los estilos de crianza a menudo están diseñados para satisfacer las necesidades psicológicas del padre en lugar de las necesidades de desarrollo del niño.

El **mártir** es un padre que hará cualquier cosa por el niño; incluso tareas que el niño debe hacer por sí mismo o por sí mismo. Todas las buenas acciones realizadas para el niño, en nombre de ser un “buen padre”, podrán ser utilizadas posteriormente en caso de que el padre quiera obtener el cumplimiento por parte del niño. Si un niño va en contra de los deseos del padre, el padre puede recordarle al niño todas las veces que el padre ayudó al niño y evocar un sentimiento de culpa para que el niño haga lo que el padre quiera. El niño aprende a ser dependiente y manipulador como resultado.

El **pal** es como el padre permisivo descrito anteriormente en el modelo de Baumrind. El amigo quiere ser el amigo del niño. Quizás el padre se siente solo o tal vez el padre está tratando de ganar un concurso de popularidad contra un excónyuge. Los amigos dejan que los niños hagan lo que quieran y se centran principalmente en ser entretenidos y divertidos y establecen pocas limitaciones. En consecuencia, el niño puede tener poca autodisciplina y puede intentar probar límites con otros.

El estilo de crianza de los hijos **oficial de policía/sargento perforador** es similar al padre autoritario descrito por Baumrind. El padre se enfoca principalmente en asegurarse de que el niño sea obediente y que el padre tenga el control total del niño. A veces esto se puede llevar al extremo dándole al niño tareas que realmente están diseñadas para verificar su nivel de obediencia. Por ejemplo, el padre puede requerir que el niño doble la ropa y vuelva a colocar los artículos en el cajón de una manera particular. De no ser así, el niño podría ser regañado o castigado por no hacer las cosas “bien”. Este tipo de padre tiene dificultades para permitir que el niño crezca y aprenda a tomar decisiones de forma independiente. Y el niño puede tener mucho resentimiento hacia el padre que se desplaza sobre los demás.

El padre **maestro-consejero** es aquel que presta mucha atención al asesoramiento experto sobre la crianza de los hijos y que cree que mientras se sigan todos los pasos, el padre puede criar un hijo perfecto. “¿Qué tiene de malo eso?” podrías preguntar. Hay dos problemas importantes con este enfoque. En primer lugar, el progenitor está asumiendo toda la responsabilidad del comportamiento del niño, al menos indirectamente. Si el niño tiene dificultades, el padre se siente responsable y piensa que la solución radica en leer más consejos y tratar más diligentemente de seguir ese consejo.

Los padres ciertamente pueden influir en los niños, pero pensar que el padre es totalmente responsable del resultado del niño está equivocado. Un padre sólo puede hacer tanto y nunca puede tener el control total sobre el niño. Otro problema con este enfoque es que el niño puede tener una idea poco realista del mundo y lo que se puede esperar de los demás. Por ejemplo, si un padre maestro-consejero decide ayudar al niño a desarrollar la autoestima y lo ha leído diciéndole al niño lo especial que es o lo importante que es felicitar al niño por un trabajo bien hecho, el padre puede transmitir el mensaje de que todo lo que hace el niño es excepcional o extraordinario. Un niño puede llegar a esperar que todos sus esfuerzos ameriten elogios y en el mundo real, esto no es algo que uno pueda esperar. Quizás los niños obtienen más orgullo al evaluar su propio desempeño que al hacer que otros elogien sus esfuerzos.



Figura9.5.2: Un padre interactuando con su hijo que está dibujando un cuadro. Podría estar retratando el estilo de maestro-consejero o entrenador atlético (La [imagen](#) del [Comando Central de las Fuerzas Aéreas de Estados Unidos](#) es de dominio público)

Entonces, ¿qué queda? Lemasters y Defrain (1989) sugieren que el estilo de crianza de los hijos del **entrenador atlético** es el mejor. Antes de sacar conclusiones aquí, deja de lado cualquier experiencia negativa que hayas tenido con los entrenadores en el pasado. Los principios del coaching son lo que son importantes para Lemasters y Defrain. Un entrenador ayuda a los jugadores a formar estrategias, apoya sus esfuerzos, da retroalimentación sobre lo que salió bien y lo que salió mal, y se queda al margen mientras los jugadores realizan. Los entrenadores y árbitros se aseguran de que se sigan las reglas del juego y que todos los jugadores se adhieran a esas reglas. De igual manera, el entrenador atlético como padre ayuda al niño a entender lo que tiene que suceder en ciertas situaciones ya sea en las amistades, la escuela o la vida hogareña, y alienta y aconseja al niño sobre cómo manejar estas situaciones. El padre no interviene ni hace cosas por el niño. Su función es brindar orientación mientras el niño aprende de primera mano a manejar estas situaciones. Y las reglas para el comportamiento son consistentes y objetivas y se presentan de esa manera. Entonces, un niño que llega tarde a cenar podría escuchar al padre responder de esta manera: “La cena fue a las seis en punto”. En lugar de, “Sabes bien y bien que siempre comemos a las seis. Si esperas que me levante y haga algo para ti ahora, ¡tienes otra cosa que viene! ¿Quién crees que vas a llegar tarde y buscas comida? ¡Estás conectado a tierra hasta nuevo aviso!”

Lo más importante que debes recordar sobre la crianza de los hijos es que puedes ser un padre mejor y más objetivo cuando diriges tus acciones hacia las necesidades del niño y mientras consideras lo que razonablemente se puede esperar que hagan en su etapa de desarrollo. La crianza de los hijos es más difícil cuando estás cansado y tienes necesidades psicológicas que interfieren con la relación. Algunos de los mejores consejos para los padres es tratar de no tomar personalmente las acciones del niño y ser lo más objetivos posibles.

Influencias culturales en los estilos de crianza

No se puede ignorar el impacto de la clase y la cultura al examinar los estilos de crianza. Los dos modelos de paternidad descritos anteriormente asumen que los estilos de coaching autoritario y atlético son los mejores porque están diseñados para ayudar al padre

a criar a un hijo independiente, autosuficiente y responsable. Estas son cualidades favorecidas en culturas “individualistas” como Estados Unidos, particularmente por la clase media blanca. Los padres afroamericanos, hispanos y asiáticos tienden a ser más autoritarios que los blancos no hispanos.



Figura9.5.3: Una familia desde una cultura colectivista. (La imagen del Instituto Nacional del Cáncer es de dominio público)

En culturas “colectivistas” como China o Corea, ser obediente y obediente son comportamientos favorecidos. La paternidad autoritaria se ha utilizado históricamente y refleja la necesidad cultural de que los niños hagan lo que se les dice. En sociedades donde la cooperación de los miembros de la familia es necesaria para la supervivencia, como en el caso de la crianza de cultivos, no tiene sentido criar hijos que sean independientes y que se esfuercen por estar solos. Pero en una economía basada en ser móvil para encontrar trabajo y donde las ganancias se basan en la educación, criar a un hijo para que sea independiente es muy importante.

Los padres de clase trabajadora tienen más probabilidades que los padres de clase media de enfocarse en la obediencia y la honestidad al criar a sus hijos. En un estudio clásico sobre clase social y estilos de crianza llamado Clase y Conformidad, Kohn (1977) explica que los padres tienden a enfatizar las cualidades que se necesitan para su propia supervivencia al criar a sus hijos. Los padres de clase trabajadora son recompensados por ser obedientes, confiables y honestos en sus trabajos. No se les paga para ser independientes o para cuestionar la dirección; más bien, se mueven hacia arriba y se les considera buenos empleados si se presentan a tiempo, hacen su trabajo como se les dice, y pueden ser contados por sus patrones. En consecuencia, estos padres recompensan la honestidad y la obediencia en sus hijos.

Los padres de clase media que trabajan como profesionales son recompensados por tomar la iniciativa, ser autodirigidos y asertivos en sus trabajos. Se les exige que hagan el trabajo sin que se les diga exactamente qué hacer. Se les pide que sean innovadores y trabajen de manera independiente. Estos padres alientan a sus hijos a tener esas cualidades también recompensando la independencia y la autosuficiencia. Los estilos de crianza pueden reflejar muchos elementos de la cultura. 18

Nalgadas

Muchos adultos pueden recordar haber sido azateados cuando eran niños. Este método de disciplina sigue siendo avalado por la mayoría de los padres (Smith, 2012). Sin embargo, ¿qué tan efectivo es el nalgadas y hay consecuencias negativas? Después de revisar la investigación, Smith (2012) afirma que “muchos estudios han demostrado que el castigo físico, incluyendo nalgadas, golpes y otros medios de causar dolor, puede llevar a un aumento de la agresión, comportamiento antisocial, lesiones físicas y problemas de salud mental para los niños” (p. 60).



Figura9.5.4: Un niño llorando. (Imagen en Pexels)

Gershoff, (2008) revisó décadas de investigación y recomendó que los padres y cuidadores hagan todo lo posible para evitar el castigo físico y pidió la prohibición de la disciplina física en todas las escuelas de Estados Unidos. Gershoff y Grogan-Kaylor (2016) completaron otro metanálisis que analizó investigaciones sobre 160,927 niños. Encontraron un mayor riesgo de resultados negativos para los niños que son azotados y que los efectos de las nalgadas fueron similares a los del abuso físico.

En un estudio longitudinal que siguió a más de 1500 familias de 20 ciudades de Estados Unidos, se evaluaron los informes de los padres de nalgadas a los tres y cinco años de edad (MacKenzie, Nicklas, Waldfogel, & Brooks-Gunn, 2013). A los nueve años se evaluaron medidas de conducta externalizante (agresión y quebrantamiento de reglas) y vocabulario receptivo.

En general, el 57% de las madres y el 40% de los padres se dedicaban a azotar cuando los hijos tenían 3 años, y 52% de las madres y 33% de los padres se dedicaban a azotar a los 5 años. Las nalgadas maternas a los 5 años, incluso a niveles bajos, se asociaron con mayores niveles de agresión a los 9 años, incluso después de que se controló una serie de riesgos y comportamientos infantiles más tempranos. Las nalgadas de alta frecuencia del padre a los 5 años se asociaron con puntuaciones menores de vocabulario receptivo infantil a los 9 años. Este estudio reveló los efectos cognitivos negativos de las nalgadas además del aumento en el comportamiento agresivo.

A nivel internacional, la disciplina física se ve cada vez más como una violación de los derechos humanos de los niños. Treinta países han prohibido el uso del castigo físico, y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2014) calificó el castigo físico como “legalizó la violencia contra los niños” y abogó por que se eliminaran los castigos físicos en todos los entornos.

Las alternativas a las nalgadas son defendidas por especialistas en desarrollo infantil e incluyen:

- Elogiar y modelar el comportamiento apropiado
- Proporcionar tiempos de salida por comportamiento inapropiado
- Dar opciones
- Ayudar al niño a identificar las emociones y aprender a calmarse
- Ignorar pequeñas molestias
- Retirar privilegios

Cambio de familias en una sociedad cambiante

La sociología de la familia examina a la familia como institución y unidad de socialización. Los estudios sociológicos de la familia analizan las características demográficas de los miembros de la familia: tamaño de la familia, edad, etnia y género de sus miembros, clase social de la familia, nivel económico y movilidad de la familia, profesiones de sus miembros y niveles de educación de los miembros de la familia.

Actualmente, uno de los mayores temas que estudian los sociólogos son los roles cambiantes de los miembros de la familia. A menudo, cada miembro está restringido por los roles de género de la familia tradicional. Estos papeles, como el padre como sostén de la familia y la madre como ama de casa, están disminuyendo. Ahora, la madre suele ser la proveedora complementaria al tiempo que conserva las responsabilidades de la crianza de los hijos. En este escenario, el papel de las mujeres en la fuerza laboral es “compatible con las demandas de la familia tradicional”. La sociología estudia la adaptación del papel de los hombres tanto al cuidador como al proveedor. Los roles de género están cada vez más entretreídos.

Diversas formas familiares

Una **familia monoparental** suele referirse a un progenitor que tiene la mayor parte de las responsabilidades cotidianas en la crianza del hijo o hijos, que no vive con un cónyuge o pareja, o que no está casado. El cuidador dominante es el padre con el que residen los hijos la mayor parte del tiempo. Si los padres están separados o divorciados, los hijos viven con su padre con custodia y tienen visitas con su padre sin custodia. En la sociedad occidental en general, tras la separación un niño terminará con el cuidador primario, generalmente la madre, y un cuidador secundario, generalmente el padre. Existe una creciente comunidad de familias **monoparentales por elección** en la que una familia es construida por un solo adulto (a través del cuidado de crianza, adopción, gametos y embriones de donantes, y subrogación).



Figura9.5.5: Una familia monoparental. (La imagen es de dominio público)

La convivencia es un arreglo donde dos personas que no están casadas conviven en una relación íntima, particularmente una íntima emocional y/o sexualmente, a largo plazo o permanente. Hoy en día, la convivencia es un patrón común entre las personas en el mundo occidental. Más de dos tercios de las parejas casadas en Estados Unidos dicen que vivieron juntas antes de casarse.

Las parejas de gays y lesbianas son categorizadas como **relaciones del mismo sexo**. 21 Después de un fallo de la Corte Suprema en 2015, los 50 estados de Estados Unidos deben reconocer el matrimonio entre personas del mismo sexo, todavía hay algunos condados en varios estados que no emitirán una licencia de matrimonio a una pareja del mismo sexo.22



Figura9.5.6: Una familia con padres del mismo sexo. (La imagen de Emily Walker está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Relaciones entre hermanos

Los hermanos pasan una cantidad considerable de tiempo entre ellos y ofrecen una relación única que no se encuentra con compañeros de la misma edad ni con adultos. Los hermanos juegan un papel importante en el desarrollo de las habilidades sociales. Las interacciones cooperativas y de juego simulado entre hermanos menores y mayores pueden enseñar empatía, compartir y cooperación (Pike, Coldwell y Dunn, 2005), así como negociación y resolución de conflictos (Abuhatum & Howe, 2013). Sin embargo, la calidad de las relaciones entre hermanos suele estar mediada por la calidad de la relación padre-hijo y el ajuste psicológico del niño (Pike et al., 2005). Por ejemplo, se han reportado interacciones más negativas entre hermanos en familias donde los padres tenían malos patrones de comunicación con sus hijos (Brody, Stoneman, & McCoy, 1994). Los niños que tienen problemas emocionales y de comportamiento también tienen más probabilidades de tener interacciones negativas con sus hermanos. Sin embargo, el ajuste psicológico del niño a veces puede ser un reflejo de la relación padre-hijo. Por lo tanto, al examinar la calidad de las interacciones entre hermanos, a menudo es difícil desentrañar el efecto separado del ajuste del efecto de la relación padre-hijo.

Si bien los padres quieren interacciones positivas entre sus hijos, van a surgir conflictos, y algunas confrontaciones pueden ser el impulso para el crecimiento en las habilidades sociales y cognitivas de los niños. Las fuentes de conflicto entre hermanos suelen depender de sus respectivas edades. Dunn y Munn (1987) revelaron que más de la mitad de todos los conflictos entre hermanos en la primera infancia eran disputas sobre derechos de propiedad. Para la infancia media esto comienza a cambiar hacia el control sobre situaciones sociales, como qué juegos jugar, desacuerdos sobre hechos u opiniones, o comportamiento grosero (Howe, Rinaldi, Jennings, & Petrakos, 2002). Los investigadores también han encontrado que las estrategias que utilizan los niños para lidiar con los conflictos cambian con la edad, pero que esto también se ve atenuado por la naturaleza del conflicto.

Abuhatum y Howe (2013) encontraron que las estrategias coercitivas (por ejemplo, amenazas) se preferían cuando la disputa se centraba en los derechos de propiedad, mientras que el razonamiento era más probable que fuera utilizado por hermanos mayores y en disputas sobre el control sobre la situación social. Sin embargo, los hermanos menores también usan el razonamiento, planteando frecuentemente la preocupación por la legitimidad (por ejemplo, "Tú no eres el jefe") cuando están en conflicto con un hermano mayor. Esta es una estrategia muy común utilizada por los hermanos menores y posiblemente sea una estrategia

adaptativa para que los hermanos menores hagan valer su autonomía (Abuhatoum & Howe, 2013). Varios investigadores han encontrado que los niños que pueden usar estrategias no coercitivas tienen más probabilidades de tener una resolución exitosa, por lo que se llega a un compromiso y ninguno de los niños se siente menospreciado (Ram & Ross, 2008; Abuhatoum & Howe, 2013).

No es sorprendente que las relaciones amistosas con los hermanos a menudo conducen a interacciones más positivas con sus compañeros. Lo contrario también es cierto. Un niño también puede aprender a llevarse bien con un hermano, con, como dice la canción “un poco de ayuda de mis amigos” (Kramer & Gottman, 1992). 24



Figura9.5.7: Hermanos. (Imagen de LEONARDO DASILVA está licenciada bajo CC BY 2.0)

Preocupaciones de cuidado infantil

Alrededor del 77.3 por ciento de las madres en edad escolar y el 64.2 por ciento de las madres de niños en edad preescolar en Estados Unidos trabajan fuera del hogar (Cohen y Bianchi, 1999; Bureau of Labor Statistics, 2010). El setenta y cinco por ciento de los niños menores de 5 años están en programas de cuidado infantil programados. Otros son atendidos por familiares o amigos. Los niños mayores suelen estar en programas después de la escuela, antes de los programas escolares, o se quedan solos en casa después de la escuela una vez que son mayores.

Los programas de cuidado infantil de calidad pueden mejorar las habilidades sociales de un niño y pueden proporcionar ricas experiencias de aprendizaje. Pero las largas horas en una atención de mala calidad pueden tener consecuencias negativas, especialmente para los niños pequeños.

Calidad de la atención

¿Qué determina la calidad del cuidado infantil? Una consideración es la **relación maestro/hijo**. Los estados especifican el número máximo de niños que pueden ser supervisados por un maestro. En general, cuanto más pequeños son los niños, más maestros requieren para un determinado número de niños. Cuanto menor sea la proporción maestro/hijo, más tiempo tendrá el maestro para involucrarse con los niños y menos estresado podrá estar el maestro para que las interacciones sean más relajadas, estimulantes y positivas. Los grupos más grandes también presentan desafíos para la calidad. El programa puede ser más rígido en reglas y estructura para dar cabida a la gran cantidad de niños en la instalación.

El **ambiente físico** debe ser atractivo, limpio y seguro. La **filosofía** de la organización y el **plan de estudios** disponible deben ser centrados en el niño, positivos y estimulantes. Los proveedores deben estar capacitados en educación infantil temprana. La mayoría de los estados no requieren capacitación para sus proveedores de cuidado infantil. Y si bien no se requiere educación formal para que una persona brinde una relación cálida y amorosa a un niño, el conocimiento del desarrollo de un niño es útil para abordar sus necesidades sociales, emocionales y cognitivas de manera efectiva.



Figura9.5.8: Niños jugando en un ambiente de cuidado infantil de calidad. (La imagen de Hullburt Field es de dominio público)

Al trabajar para mejorar la calidad del cuidado infantil y aumentar las políticas laborales favorables a la familia, como una programación más flexible y tal vez las instalaciones de cuidado infantil en los lugares de empleo, podemos acomodar a familias con niños más pequeños y aliviar a los padres del estrés que a veces se asocia con el manejo trabajo y vida familiar. 27

Colaboradores y Atribuciones

18. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
21. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
22. [Matrimonio entre personas del mismo sexo](#) por Wikipedia está licenciado bajo [CC BY SA 3.0](#)
24. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
27. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [9.5: Vida Familiar](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.6: Peers

Las relaciones dentro de la familia (padre-hijo y hermanos) no son las únicas relaciones significativas en la vida de un niño. Las relaciones entre pares también son importantes. La interacción social con otro niño que es similar en edad, habilidades y conocimientos provoca el desarrollo de muchas habilidades sociales que son valiosas para el resto de la vida (Bukowski, Buhrmester, & Underwood, 2011). En las relaciones entre pares, los niños aprenden a iniciar y mantener interacciones sociales con otros niños. Aprenden habilidades para manejar conflictos, como tomar turnos, compromisos y negociación. El juego también implica la coordinación mutua, a veces compleja, de metas, acciones y comprensión. Por ejemplo, a medida que los preescolares participan en juegos simulados, crean narrativas juntos, eligen roles y colaboran para representar sus historias. A través de estas experiencias, los niños desarrollan amistades que brindan fuentes adicionales de seguridad y apoyo a las que brindan sus padres.



Figura9.6.1: Navegar por el juego dramático brinda grandes oportunidades para continuar desarrollando habilidades sociales con compañeros de la misma edad. (Imagen del Ayuntamiento de Seattle es de dominio público)

Sin embargo, las relaciones entre pares pueden ser desafiantes y solidarias (Rubin, Coplan, Chen, Bowker, & McDonald, 2011). Ser aceptado por otros niños es una fuente importante de afirmación y autoestima, pero el rechazo de los compañeros puede presagiar problemas de conducta posteriores (especialmente cuando los niños son rechazados por un comportamiento agresivo).

Las relaciones entre pares requieren desarrollar habilidades sociales y emocionales muy diferentes a las que surgen en las relaciones entre padres e hijos. También ilustran las muchas formas en que las relaciones entre pares influyen en el crecimiento de la personalidad y el autoconcepto. 29

Colaboradores y Atribuciones

29. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [9.6: Peers](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

9.7: Jugar

Freud veía el juego como un medio para que los niños liberaran emociones reprimidas y lidiaran con situaciones emocionalmente angustiantes en un entorno más seguro. Vygotsky y Piaget vieron el juego como una forma de que los niños desarrollaran sus habilidades intelectuales (Dyer & Moneta, 2006). Piaget creó etapas de juego que corresponden con sus etapas de desarrollo cognitivo. Las etapas son:

Tabla9.7.1: Etapas de juego de Piaget (Tipos de juego cognitivos y sociales (n.d.). Recuperado a partir de <https://groundsforplay.com/cognitive-and-social-forms-play>)

Escenario	Descripción
Juego Funcional	Explorar, inspeccionar y aprender a través de la actividad física repetitiva.
Juego Simbólico	La capacidad de usar objetos, acciones o ideas para representar otros objetos, acciones o ideas y puede incluir asumir roles. ³¹
Juego Constructivo	Implica experimentar con objetos para construir cosas ³² ; aprender cosas que antes se desconocían con manipulaciones prácticas de materiales.
Juegos con reglas	Impone reglas que deben ser seguidas por todos los que están jugando; la lógica y el orden involucrados forman que las bases para desarrollar la estrategia de juego ³³

Si bien Freud, Piaget y Vygotsky miraban el juego de manera ligeramente diferente, los tres teóricos vieron que el juego proporcionaba resultados positivos para los niños.

Mildred Parten (1932) observó a niños de dos a cinco años y notó seis tipos de juego. Tres tipos que etiquetó como no sociales (desocupados, solitarios y onlooker) y tres tipos fueron categorizados como juego social (paralelo, asociativo y cooperativo). La siguiente tabla describe cada tipo de juego. Los niños más pequeños participan en el juego no social más que los mayores; a los cinco años el juego asociativo y cooperativo son las formas de juego más comunes (Dyer & Moneta, 2006). ³⁴

Tabla9.7.2: Clasificación de Parten de tipos de juego ([Desarrollo de la vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Categoría	Descripción
Juego desocupado	El comportamiento de los niños parece más aleatorio y sin un objetivo específico. Esta es la forma de juego menos común.
Juego Solitario	Los niños juegan solos, no interactúan con los demás, ni participan en actividades similares a las de los niños que los rodean.
Onlooker Play	Los niños están observando a otros niños jugando. Podrán comentar las actividades e incluso hacer sugerencias, pero no se unirán directamente a la obra.
Juego Paralelo	Los niños juegan uno al lado del otro, usando juguetes similares, pero no actúan directamente entre sí
Juego asociativo	Los niños interactuarán entre sí y compartirán juguetes, pero no están trabajando hacia una meta común.
Juego cooperativo	Los niños interactúan para lograr un objetivo común. Los niños pueden asumir diferentes tareas para alcanzar esa meta.

Colaboradores y Atribuciones

31. Juego simbólico (n.d.). Recuperado a partir de <https://www.pgpedia.com/s/symbolic-play>

32. Juego Constructivo (n.d.). Recuperado a partir de <https://www.pgpedia.com/c/constructive-play>

33. Juegos con Reglas (n.d.). Recuperado a partir de <https://www.pgpedia.com/g/games-rules>

34. [Desarrollo de Vida útil - Módulo 5: Primera Infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [9.7: Jugar](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

9.8: Comprensión social

Como hemos visto, la experiencia de los niños de las relaciones en el hogar y el grupo de pares contribuye a un repertorio en expansión de habilidades sociales y emocionales y también a una mayor comprensión social. En estas relaciones, los niños desarrollan expectativas para personas específicas (llevando, por ejemplo, a apegos seguros o inseguros con los padres), comprensión de cómo interactuar con adultos y compañeros, y desarrollar el autoconcepto basado en cómo los demás responden a ellos. Estas relaciones son también foros significativos para el desarrollo emocional.

Notablemente, los niños pequeños comienzan a desarrollar la comprensión social muy temprano en la vida. Antes de que termine el primer año, los infantes son conscientes de que otras personas tienen percepciones, sentimientos y otros estados mentales que afectan su comportamiento, y que son diferentes de los propios estados mentales del niño. Estudios experimentales cuidadosamente diseñados muestran que al final de los años preescolares, los niños pequeños entienden que las creencias de otro pueden confundirse en lugar de ser correctas, que los recuerdos pueden afectar cómo te sientes y que las emociones de uno pueden ocultarse de los demás (Wellman, 2011). La comprensión social crece significativamente a medida que se desarrolla la teoría mental de los niños.

¿Cómo ocurren estos logros en la comprensión social? Una respuesta es que los niños pequeños son observadores notablemente sensibles de otras personas, haciendo conexiones entre sus expresiones emocionales, palabras y comportamiento para derivar simples inferencias sobre estados mentales (por ejemplo, concluyendo, por ejemplo, que lo que mamá está mirando está en su mente) (Gopnik, Meltzoff, & Kuhl, 2001). Esto es especialmente probable que ocurra en las relaciones con personas a las que el niño conoce bien, consistente con las ideas de la teoría del apego discutidas anteriormente.



Figura9.8.1: Un padre hablando con su hijo. (La imagen es de dominio público)

Las crecientes habilidades lingüísticas dan a los niños pequeños palabras con las que representar estos estados mentales (por ejemplo, “locos”, “quiere”) y hablar de ellos con los demás. Así, en la conversación con sus padres sobre las experiencias cotidianas, los niños aprenden mucho sobre los estados mentales de las personas a partir de cómo los adultos hablan de ellos (“Tu hermana estaba triste porque pensaba que papá iba a volver a casa”). (Thompson, 2006b).

El desarrollo de la comprensión social se basa en las interacciones cotidianas de los niños con los demás y en sus cuidadosas interpretaciones de lo que ven y escuchan. También hay algunos científicos que creen que los infantes están biológicamente preparados para percibir a las personas de una manera especial, como organismos con una vida mental interna, y esto facilita su interpretación del comportamiento de las personas con referencia a esos estados mentales (Leslie, 1994).

This page titled [9.8: Comprensión social](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.9: Personalidad

Los padres a menudo escudriñan las preferencias, características y respuestas de sus hijos en busca de pistas sobre una personalidad en desarrollo. Tienen toda la razón al hacerlo, porque el temperamento es una base para el crecimiento de la personalidad. Pero el temperamento (definido como diferencias emergentes tempranas en reactividad y autorregulación) no es toda la historia. Aunque el temperamento tiene una base biológica, interactúa con la influencia de la experiencia desde el momento del nacimiento (si no antes) para dar forma a la personalidad (Rothbart, 2011). Las disposiciones temperamentales se ven afectadas, por ejemplo, por el nivel de apoyo del cuidado parental. De manera más general, la personalidad está conformada por la bondad de ajuste entre las cualidades temperamentales del niño y las características del entorno (Chess & Thomas, 1999). Por ejemplo, una niña aventurera cuyos padres la llevan regularmente en viajes de senderismo y pesca de fin de semana sería un buen “ajuste” a su estilo de vida, apoyando el crecimiento de la personalidad. La personalidad es el resultado, por tanto, de la interacción continua entre la disposición biológica y la experiencia, como es cierto para muchos otros aspectos del desarrollo social y de la personalidad.

La personalidad se desarrolla a partir del temperamento de otras maneras (Thompson, Winer, & Goodvin, 2010). A medida que los niños maduran biológicamente, las características temperamentales surgen y cambian con el tiempo. Un recién nacido no es capaz de mucho autocontrol, pero a medida que avanzan las capacidades de autocontrol basadas en el cerebro, los cambios temperamentales en la autorregulación se hacen más evidentes. Entonces un infante que llora frecuentemente no necesariamente tiene una personalidad gruñona. Con suficiente apoyo de los padres y una mayor sensación de seguridad, el niño puede convertirse en un niño preescolar de contenido que no es probable que llore para satisfacer sus necesidades.



Figura9.9.1: Una chica disfrutando de la naturaleza. (Imagen de Khanh Steven en Unsplash)

Además, la personalidad está conformada por muchas otras características además del temperamento. El autoconcepto de desarrollo de los niños, sus motivaciones para lograr o socializar, sus valores y metas, sus estilos de afrontamiento, su sentido de responsabilidad y conciencia, y muchas otras cualidades están englobadas en la personalidad. Estas cualidades están influenciadas por las disposiciones biológicas, pero aún más por las experiencias del niño con los demás, particularmente en las relaciones cercanas, que guían el crecimiento de las características individuales.

De hecho, el desarrollo de la personalidad comienza con los fundamentos biológicos del temperamento pero se vuelve cada vez más elaborado, extendido y refinado con el tiempo. El recién nacido que los padres observaron maravillados se convierte en un adulto con una personalidad de profundidad y matiz.

This page titled [9.9: Personalidad](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.10: Competencia Social y Emocional

El desarrollo social y de la personalidad se construye a partir de las influencias sociales, biológicas y representacionales discutidas anteriormente. Estas influencias dan como resultado importantes resultados de desarrollo que son importantes para los niños, los padres y la sociedad: la capacidad de un adulto joven para participar en acciones socialmente constructivas (ayudar, cuidar, compartir con los demás), frenar los impulsos hostiles o agresivos, vivir de acuerdo con valores morales significativos, desarrollar identidad sana y sentido de sí mismo, y desarrollar talentos y lograr el éxito en su uso. Estos son algunos de los resultados de desarrollo que denotan competencia social y emocional.

Estos logros del desarrollo social y de la personalidad derivan de la interacción de muchas influencias sociales, biológicas y representacionales. Consideremos, por ejemplo, el desarrollo de la conciencia, que es una base temprana para el desarrollo moral.

La **conciencia** consiste en las influencias cognitivas, emocionales y sociales que hacen que los niños pequeños creen y actúen de manera consistente con estándares internos de conducta (Kochanska, 2002). Surge de las experiencias de los niños pequeños con los padres, particularmente en el desarrollo de una relación mutuamente receptiva que motiva a los niños pequeños a responder constructivamente a las peticiones y expectativas de los padres. Se trata de un temperamento de base biológica, ya que algunos niños son temperamentalmente más capaces de autorregulación motivada (una cualidad llamada control esfuerzo) que otros, mientras que algunos niños son más propensos al miedo y la ansiedad que puede evocar la desaprobación de los padres. El desarrollo de la conciencia está influenciado por tener un buen ajuste entre las cualidades temperamentales del niño y la forma en que los padres se comunican y refuerzan las expectativas de comportamiento.

El desarrollo de la conciencia también se expande a medida que los niños pequeños comienzan a representar valores morales y se consideran seres morales. Al final de los años preescolares, por ejemplo, los niños pequeños desarrollan un “yo moral” mediante el cual se consideran a sí mismos como personas que quieren hacer lo correcto, que se sienten mal después de portarse mal, y que se sienten incómodos cuando otros se portan mal. En el desarrollo de la conciencia, los niños pequeños se vuelven más competentes social y emocionalmente de una manera que proporciona una base para una conducta moral posterior (Thompson, 2012).



Figura9.10.1: Este niño podría estar experimentando una conciencia culpable. (Imagen de George Hodan es de dominio público)

This page titled [9.10: Competencia Social y Emocional](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.11: Estrés y Desarrollo Infantil

¿Cuál es el impacto del estrés en el desarrollo infantil? Los niños experimentan diferentes tipos de factores estresantes. El estrés normal y cotidiano puede brindar una oportunidad para que los niños pequeños desarrollen habilidades de afrontamiento y plantea poco riesgo para el desarrollo. Los eventos estresantes aún más duraderos, como cambiar de escuela o perder a un ser querido, pueden manejarse bastante bien. Pero los niños que experimentan **estrés tóxico** o que viven en situaciones extremadamente estresantes de abuso durante largos periodos de tiempo pueden sufrir efectos duraderos. Las estructuras en el mesencéfalo o sistema límbico como el hipocampo y la amígdala pueden ser vulnerables al estrés prolongado durante la primera infancia (Middlebrooks y Audage, 2008). Los altos niveles de la hormona del estrés cortisol pueden reducir el tamaño del hipocampo y afectar las capacidades de memoria del niño. Las hormonas del estrés también pueden reducir la inmunidad a las enfermedades. El cerebro expuesto a largos periodos de estrés severo puede desarrollar un umbral bajo haciendo que el niño sea hipersensible al estrés en el futuro. Sin embargo, los efectos del estrés pueden minimizarse si el niño cuenta con el apoyo de adultos que cuidan. Echemos un vistazo a los factores estresantes infantiles.

Efectos del Abuso Doméstico

3.3 millones de niños son testigos de violencia doméstica cada año en Estados Unidos. Se ha incrementado el reconocimiento de que los niños expuestos al abuso doméstico durante su crianza sufrirán en su bienestar de desarrollo y psicológico. Debido a la conciencia de la violencia intrafamiliar que algunos niños tienen que enfrentar, también generalmente impacta cómo el niño se desarrolla emocional, socialmente, conductual y cognitivamente. Algunos problemas emocionales y de comportamiento que pueden resultar debido a la violencia doméstica incluyen una mayor agresividad, ansiedad y cambios en la forma en que un niño socializa con amigos, familiares y autoridades. Moretones, fracturas de huesos, lesiones en la cabeza, laceraciones y hemorragias internas son algunos de los efectos agudos de un incidente de violencia doméstica que requieren atención médica y hospitalización.

Maltrato infantil

El abuso infantil es el maltrato físico, sexual o emocional o descuido de un niño o niños. Diferentes jurisdicciones han desarrollado sus propias definiciones de lo que constituye abuso infantil con el fin de sacar a un niño de su familia y/o perseguir una acusación penal. Hay cuatro categorías principales de abuso infantil: negligencia, abuso físico, abuso psicológico/emocional y abuso sexual. La negligencia es el tipo de abuso más común en los Estados Unidos y representa más del 60 por ciento de los casos de abuso infantil.



Figura9.11.1: Un niño escondido. (Imagen de Joint Base Elmendorf-Richardson Alaska es de dominio público)

Abuso Físico

El abuso físico implica agresión física dirigida a un niño por un adulto. La mayoría de las naciones con leyes de abuso infantil consideran ilegal la imposición deliberada de lesiones graves, o acciones que ponen al niño en riesgo obvio de lesiones graves o la muerte. Más allá de esto, hay una variación considerable. La distinción entre disciplina infantil y abuso suele estar mal definida. Las normas culturales sobre lo que constituye abuso varían ampliamente entre los profesionales y el público en general. Algunos profesionistas afirman que las normas culturales que sancionan el castigo físico son una de las causas del maltrato infantil, y han emprendido campañas para redefinir dichas normas.

Abuso Sexual

El abuso sexual infantil es una forma de abuso infantil en la que un adulto o un adolescente mayor abusa de un niño con fines de estimulación sexual. Los efectos del abuso sexual infantil incluyen culpa y autculpa, flashbacks, pesadillas, insomnio y miedo a las cosas asociadas con el abuso. Aproximadamente del 15 por ciento al 25 por ciento de las mujeres y del 5 por ciento al 15 por ciento de los hombres fueron abusados sexualmente cuando eran niños.

Abuso Emocional

De todas las formas posibles de abuso, el abuso emocional es lo más difícil de definir. Podría incluir insultos, burlas, degradación, destrucción de pertenencias personales, tortura o asesinato de una mascota, críticas excesivas, demandas inapropiadas o excesivas, retención de comunicación y etiquetado rutinario o humillación.

Negligencia

El descuido es una forma pasiva de abuso en la que un perpetrador es responsable de brindar atención a una víctima que no puede cuidarse a sí misma, pero no brinda la atención adecuada. El descuido puede incluir la falta de suficiente supervisión, alimentación o atención médica, o la falta de satisfacción de otras necesidades para las que la víctima está indefensa para mantenerse a sí misma. El término también se aplica cuando los cuidados necesarios son retenidos por quienes se encargan de proporcionarlo a animales, plantas, e incluso objetos inanimados. El descuido puede tener muchos efectos secundarios a largo plazo, como lesiones físicas, baja autoestima, trastornos de atención, comportamiento violento e incluso la muerte. En Estados Unidos, la negligencia se define como la falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños: vivienda, ropa, alimentación y acceso a la atención médica. Los investigadores encontraron más de 91,000 casos de negligencia en un año utilizando información de una base de datos de casos verificados por agencias de servicios de protección.⁴⁰

Colaboradores y Atribuciones

40. [Desarrollo Infantil](#) por Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [9.11: Estrés y Desarrollo Infantil](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

9.S: Resumen

En este capítulo cubrimos,

- El desarrollo del autoconcepto y la autoestima.
- La etapa psicosocial de la iniciativa versus la culpa de Erikson.
- Identidad de género, constancia de género, roles de género y disforia de género.
- La vida familiar, incluyendo estilos de crianza, diversas formas de familia, el uso del cuidado infantil y el papel de los hermanos.
- El papel de los compañeros.
- Los tipos de juego.
- La comprensión social de los preescolares.
- Desarrollo de la personalidad
- Competencias sociales y emocionales.
- Los efectos del estrés en los niños, incluyendo el maltrato.

En el siguiente capítulo comenzamos a explorar la infancia media y cómo crecen y se desarrollan los niños de 6 a 11 años.

This page titled [9.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

10: Infancia Media - Desarrollo Físico

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Describir los patrones de crecimiento físico
2. Resumir las necesidades de nutrición
3. Explicar las causas de la obesidad y las consecuencias negativas del aumento excesivo de peso
4. Discutir los pros y los contras de los deportes organizados
5. Comparar y contrastar los trastornos del desarrollo
6. Resumir varios trastornos de salud mental diferentes

Los niños en la infancia media atraviesan tremendos cambios en el crecimiento y desarrollo de su cerebro. Durante este periodo de desarrollo los cuerpos infantiles no sólo están creciendo, sino que cada vez son más coordinados y físicamente capaces. Estos niños son más conscientes de sus mayores habilidades en la escuela y cada vez son más responsables de su salud y dieta. Algunos niños pueden ser desafiados con problemas de salud física o mental. Es importante saber cómo es el desarrollo típico para identificar y ayudar a aquellos que están luchando con problemas de salud.

[10.1: Desarrollo cerebral](#)

[10.2: Crecimiento Físico](#)

[10.3: Necesidades Nutricionales](#)

[10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes](#)

[10.5: Salud Física](#)

[10.6: Salud Mental Infantil](#)

[10.7: Manejo de los síntomas- Mantenerse Saludable](#)

[10.S: Resumen](#)

Miniatura: [pixabay.com/fotos/niños-... -arts-1822701/](https://pixabay.com/fotos/niños-...-arts-1822701/)

This page titled [10: Infancia Media - Desarrollo Físico](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

10.1: Desarrollo cerebral

El cerebro alcanza su tamaño adulto aproximadamente a los 7 años de edad. Luego, entre los 10 y los 12 años de edad, los lóbulos frontales se desarrollan más y se evidencian mejoras en la lógica, la planificación y la memoria (van der Molen & Molenaar, 1994). El niño en edad escolar es más capaz de planificar y coordinar la actividad utilizando los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro, que controlan el desarrollo de las emociones, las habilidades físicas y las capacidades intelectuales. La capacidad de atención también mejora a medida que madura la corteza prefrontal. La mielina también continúa desarrollándose y el tiempo de reacción del niño también mejora. La mejoría de la mielinización es un factor responsable de estos crecimientos.

De 6 a 12 años, las células nerviosas en las áreas de asociación del cerebro, es decir aquellas áreas donde se conectan el funcionamiento sensorial, motor e intelectual, se vuelven casi completamente mielinizadas (Johnson, 2005). Esta mielinización contribuye a aumentar la velocidad de procesamiento de la información y el tiempo de reacción del niño. El **hipocampo**, que se encarga de transferir información de la memoria a corto plazo a largo plazo, también muestra aumentos en la mielinización dando como resultado mejoras en el funcionamiento de la memoria (Rolls, 2000).



Figura10.1.1: El cerebro humano. (La imagen de _DJ_ está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Los cambios en el cerebro durante esta edad permiten no sólo el desarrollo físico sino que también permiten que los niños comprendan lo que otros piensan de ellos y lidiar socialmente con las consecuencias positivas y negativas de ello. Dentro de este periodo de desarrollo, los niños pueden luchar con trastornos de salud mental u otros problemas de salud. A medida que los niños crecen y se vuelven más capaces, los adultos necesitan recordar que los niños no crecen físicamente aislados. El desarrollo de sus cuerpos no está separado de los cambios que están ocurriendo social, emocional y cognitivamente. La conciencia y comprensión de sus otros dominios y necesidades del desarrollo apoyarán al niño durante estos cambios.²

Colaboradores y Atribuciones

2. [Desarrollo infantil de](#) Ana R. Leon está licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond); [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

This page titled [10.1: Desarrollo cerebral](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

10.2: Crecimiento Físico

La infancia media abarca los años entre la primera infancia y la adolescencia, los niños tienen aproximadamente de 6 a 11 años. Estos niños vienen en todas las formas y tamaños: altura, peso, habilidades y discapacidades. Las tasas de crecimiento físico son generalmente lentas y constantes durante estos años. Sin embargo, los períodos de crecimiento ocurren durante la infancia media y tardía (Spreen, Riser, & Edgell, 1995). Por lo general, un niño ganará alrededor de 5-7 libras al año y crecerá aproximadamente 2 pulgadas por año. También tienden a adelgazar y ganar fuerza muscular. A medida que los huesos se alargan y se amplían y los músculos se fortalecen, muchos niños quieren realizar una actividad física extenuante y pueden participar por períodos de tiempo más largos. Además, la tasa de crecimiento de las extremidades es más rápida que para el tronco, lo que resulta en proporciones más adultas. El crecimiento del hueso largo estira los músculos y ligamentos, lo que da como resultado que muchos niños experimenten dolores de crecimiento, por la noche, en particular.3

Los niños entre 6 y 9 años, muestran una mejora significativa en sus habilidades para realizar habilidades motoras. Este crecimiento del desarrollo permite a los niños obtener un mayor control sobre el movimiento de sus cuerpos, dominando muchas habilidades motoras gruesas y finas que estaban más allá de las del niño más pequeño. Montar una bicicleta que sea más grande o correr más y más lejos es una gran mejora en las habilidades motoras gruesas. La coordinación ojo-mano y las habilidades motoras finas permiten a los niños mejorar la escritura y el corte. Las actividades deportivas y extracurriculares pueden convertirse en parte de la vida de los niños durante la mediana infancia debido a su crecimiento físico y capacidades.

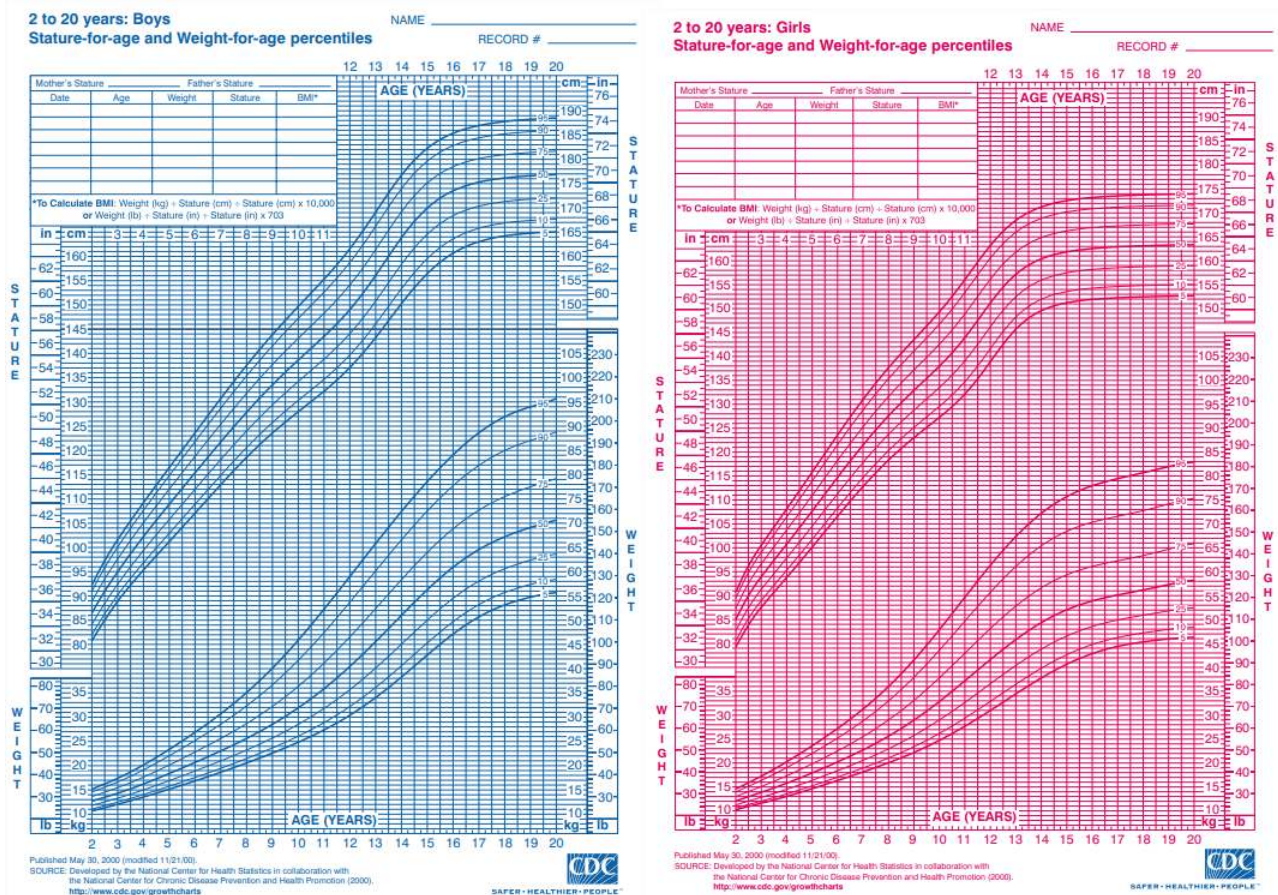


Figura10.2.1: Estatura por edad y peso para percentiles de edad de niños y niñas. (Las imágenes de los CDC son de dominio público)

Colaboradores y Atribuciones

3. Polan EU, Taylor DR. Viaje a través de la vida útil: Desarrollo Humano y Promoción de la Salud. Filadelfia: Compañía F. A. Davis; 2003, 150—51

This page titled [10.2: Crecimiento Físico](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

10.3: Necesidades Nutricionales

Una serie de factores pueden influir en los hábitos alimenticios y actitudes de los niños hacia la alimentación. El ambiente familiar, las tendencias sociales, las preferencias gustativas y los mensajes en los medios impactan las emociones que desarrollan los niños en relación con su dieta. Los anuncios de televisión pueden atraer a los niños a consumir productos azucarados, comidas rápidas grasas, exceso de calorías, ingredientes refinados y sodio. Por lo tanto, es fundamental que los padres y cuidadores dirijan a los niños hacia elecciones saludables. 5

Los padres impactan mucho en las elecciones nutricionales de sus hijos. Esta vez en la vida de un niño brinda una oportunidad para que los padres y otros cuidadores refuerzan los buenos hábitos alimenticios e introduzcan nuevos alimentos en la dieta sin dejar de ser conscientes de las preferencias del niño. Los padres también deben servir como modelos a seguir para sus hijos, quienes a menudo imitarán su comportamiento y hábitos alimenticios. Los padres deben continuar ayudando a su hijo en edad escolar a establecer hábitos alimenticios saludables y actitudes hacia la alimentación. Su función principal es llevar al hogar una amplia variedad de alimentos que promueven la salud para que sus hijos puedan tomar buenas elecciones.6

Pensemos por un momento en lo que nuestros padres y abuelos solían comer? ¿Cuáles son algunas de las diferencias que puede haber experimentado cuando era niño?

Hace cien años, cuando las familias se sentaban a cenar, podrían haber comido papas hervidas o maíz, verduras de hoja como col o coles, pan recién horneado y, si tuvieron suerte, una pequeña cantidad de carne de res o pollo. Tanto jóvenes como mayores se beneficiaron de una dieta sana que llenó un verdadero golpe nutricional. Los tiempos han cambiado. Muchas familias hoy llenan sus platos con alimentos grasos, como las papas fritas cocinadas en aceite vegetal, una hamburguesa que contiene varias onzas de carne molida, y un bollo de pan blanco, con un solo trozo de lechuga y una rebanada o dos de tomate como las únicas verduras que se sirven con la comida.



Figura10.3.1: Una comida moderna. (La imagen está licenciada bajo [CC0](#))

Nuestra dieta ha cambiado drásticamente ya que los alimentos procesados, que no existían hace un siglo, y los alimentos de origen animal ahora representan un gran porcentaje de nuestras calorías. No sólo ha cambiado lo que comemos, sino que la cantidad de ella que consumimos también ha aumentado mucho, ya que los platos y los tamaños de las porciones han crecido mucho más. Todas estas opciones impactan nuestra salud, con consecuencias a corto y largo plazo a medida que envejecemos. Los posibles efectos a corto plazo incluyen exceso de peso y estreñimiento. Los posibles efectos a largo plazo, principalmente relacionados con la obesidad, incluyen el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión arterial, así como otros problemas de salud y emocionales para los niños. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. “Sobrepeso y Obesidad: Consecuencias para la Salud” 8

Durante la infancia media, una dieta saludable facilita el desarrollo físico y mental y ayuda a mantener la salud y el bienestar. Los niños en edad escolar experimentan un crecimiento constante y constante, pero a un ritmo más lento que en la primera infancia. Esta tasa de crecimiento lento puede tener que durar un impacto duradero si no se ajustan los niveles nutricionales, calóricos y de actividad en la infancia media, lo que puede conducir a un aumento excesivo de peso temprano en la vida y puede llevar a la obesidad hasta la adolescencia y la adultez. 9

Asegurarse de que los niños tengan los nutrientes adecuados permitirá un crecimiento y desarrollo óptimos. Mira la figura a continuación para familiarizarte con la comida y el lugar donde se sirven comidas saludables.

Una forma de alentar a los niños a comer alimentos saludables es hacer que la hora de la comida y la merienda sea divertida e interesante. Los padres deben incluir a los niños en la planificación y preparación de alimentos, por ejemplo, seleccionar artículos mientras compran comestibles o ayudan a preparar parte de una comida, como hacer una ensalada. En este momento, los padres también pueden educar a los niños sobre la seguridad en la cocina. Podría ser útil cortar sándwiches, carnes o panqueques en formas pequeñas o interesantes. Además, los padres deben ofrecer postres nutritivos, como frutas frescas, en lugar de galletas cargadas de calorías, pasteles, bocadillos salados y helados. Los estudios muestran que los niños que comen comidas familiares con frecuencia consumen alimentos más nutritivos.¹¹

Las ingestas recomendadas de **macronutrientes** (proteínas, carbohidratos y grasas) y la mayoría de los **micronutrientes** (vitaminas y minerales) son mayores en relación con el tamaño corporal, en comparación con las necesidades de nutrientes durante la edad adulta. Por lo tanto, se debe proporcionar a los niños alimentos densos en nutrientes a la hora de comer y refrigerios. No obstante, es importante no sobrealimentar a los niños, ya que esto puede llevar a la obesidad infantil, lo que se discute en la siguiente sección.

Otro tema que algunos padres enfrentan con los niños en edad escolar es la decisión de alentar a un niño a convertirse en vegetariano o vegano. Algunos padres y cuidadores deciden criar a sus hijos como vegetarianos por razones de salud, culturales u otras. Los preadolescentes y adolescentes pueden tomar la decisión de perseguir el vegetarianismo por su cuenta, debido a preocupaciones sobre los animales o el medio ambiente. No importa el motivo, los padres con hijos vegetarianos deben tener cuidado para garantizar que los niños vegetarianos obtengan alimentos saludables y nutritivos que proporcionen todos los nutrientes necesarios.

- Ovo-vegetarianos. Los ovo-vegetarianos comen huevos pero no comen ningún otro producto animal.
- acto-ovo-vegetarianos. Los lacto-ovo-vegetarianos comen huevos y productos lácteos pero no comen carne alguna.
- Lacto-vegetarianos. Los lacto-vegetarianos comen productos lácteos pero no comen ningún otro producto animal.
- Veganos. Los veganos comen alimentos solo de fuentes vegetales, no hay productos animales en absoluto.



Los niños que consumen algunos productos animales, como huevos, queso u otras formas de lácteos, pueden satisfacer sus necesidades nutricionales. Para un niño que sigue una dieta vegana estricta, es necesario planificar para asegurar una ingesta

adecuada de proteínas, hierro, calcio, vitamina B12 y vitamina D. Las legumbres y nueces se pueden comer en lugar de carne, soja o leche de almendras fortificada con calcio y las vitaminas D y B12 pueden reemplazar la leche de vaca. Los padres deben estar informados y conocedores para apoyar el desarrollo adecuado de los niños con una dieta vegetariana o vegana.¹⁴

Niños y desnutrición

Muchos tal vez no sepan que la desnutrición es un problema que enfrentan muchos niños, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado. Incluso con la riqueza de alimentos en Norteamérica, muchos niños crecen desnutridos, o incluso con hambre. La Oficina del Censo de Estados Unidos caracteriza a los hogares en los siguientes grupos:

- alimentos seguros
- inseguridad alimentaria sin hambre
- inseguridad alimentaria con hambre moderada
- inseguridad alimentaria con hambre severa

Millones de niños crecen en hogares con inseguridad alimentaria con dietas inadecuadas debido tanto a la cantidad de alimentos disponibles como a la calidad de los alimentos. En Estados Unidos, alrededor del 20 por ciento de los hogares con niños padecen inseguridad alimentaria hasta cierto punto. En la mitad de ellos, solo los adultos experimentan inseguridad alimentaria, mientras que en la otra mitad tanto los adultos como los niños se consideran inseguros alimentarios, lo que significa que los niños no tuvieron acceso a comidas adecuadas y nutritivas a veces.¹⁵

Creer en un hogar con inseguridad alimentaria puede generar una serie de problemas. Las deficiencias en hierro, zinc, proteínas y vitamina A pueden provocar retraso en el crecimiento, enfermedades y desarrollo limitado. Los programas federales, como el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, el Programa de Desayuno Escolar y los Programas de Alimentación de Verano, trabajan para abordar el riesgo de hambre y desnutrición en niños en edad escolar. Ayudan a llenar las brechas y proporcionan a los niños que viven en hogares con inseguridad alimentaria un mayor acceso a comidas nutritivas.¹⁶

Programas de Almuerzos Escolares 17

Muchos niños en edad escolar desayunan, refrigerios y almuerzan en sus escuelas. Por lo tanto, es importante que las escuelas brinden comidas nutricionalmente sanas. En Estados Unidos, más de treinta y un millones de niños de familias de bajos ingresos reciben comidas proporcionadas por el Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Este programa financiado con fondos federales ofrece desayunos, refrigerios y almuerzos gratuitos o de bajo costo a las instalaciones escolares. Los distritos escolares que participan reciben subsidios del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) por cada comida que sirven y que debe cumplir con las Directrices Alimentarias de 2015 para estadounidenses.

Sabiendo que muchos niños en Estados Unidos compran o reciben almuerzos gratis en la cafetería de la escuela, podría valer la pena mirar el contenido nutricional de los almuerzos escolares. Puedes obtener esta información a través del sitio web de tu distrito escolar local. Un ejemplo de menú escolar de un distrito escolar en el centro-norte de Texas es una comida que consiste en pasta alfredo, palillo de pan, taza de durazno, sopa de tomate, un brownie y 2% de leche que cumple con las Directrices Federales de Nutrición. Considera otro menú de una escuela primaria en el estado de Washington. Esta comida de muestra consiste en hamburguesa de pollo, tater tots, fruta, verduras y 1% o leche descremada. Esta comida también cumple con las Directrices Federales de Nutrición pero tiene alrededor de 300 calorías menos que el menú en Texas. Esta es una gran diferencia en calorías y valor nutricional de estos almuerzos preparados que son elegidos y aprobados por funcionarios en nombre de los niños de estos distritos.



Figura10.3.4: Niños almorzando juntos en la escuela. (La imagen del [USDA](#) es de dominio público)

Campañas de Almuerzo Escolar Saludable ayuda a promover la salud de los niños. Esto se hace mediante la educación de funcionarios gubernamentales, funcionarios escolares, trabajadores del servicio de alimentos y padres de familia y es patrocinado por el Comité de Médicos para la Medicina Responsable. Educan y animan a las escuelas a ofrecer opciones bajas

en grasas y sin colesterol en las cafeterías escolares y en las máquinas expendedoras y trabajan para mejorar la comida que se sirve a los niños en la escuela. Desafortunadamente, muchos distritos escolares de la nación permiten a los estudiantes comprar papas fritas, galletas y helados junto con sus comidas. Estos distritos dependen de la venta de estos artículos en los comedores para obtener ingresos adicionales. No solo están ganando dinero con niños y familias con comida chatarra, sino que también están agregando calorías vacías adicionales a su ingesta diaria. Estos distritos necesitan mirar los menús y determinar las razones para ofrecer refrigerios y postres adicionales para los niños en sus escuelas. Ya sea que los niños reciban almuerzos gratis, compren los suyos o traigan su almuerzo de casa, una nutrición de calidad es lo mejor para estos cuerpos y mentes en crecimiento.

Alergias alimentarias e intolerancia alimentaria

La intolerancia alimentaria y las alergias alimentarias son un problema para algunos niños en edad escolar. Estudios recientes muestran que tres millones de niños menores de dieciocho años son alérgicos a al menos un tipo de alimento. Algunas de las **alergias alimentarias** más comunes provienen de alimentos que incluyen maní, leche, huevos, soja, trigo y mariscos. Una alergia ocurre cuando una proteína en los alimentos desencadena una respuesta inmune, lo que resulta en la liberación de anticuerpos, histamina y otros defensores que atacan cuerpos extraños. Los posibles síntomas incluyen picazón en la piel, urticaria, dolor abdominal, vómitos, diarrea y náuseas. Los síntomas generalmente se desarrollan entre minutos y horas después de consumir un alérgeno alimentario. Los niños pueden superar una alergia alimentaria, especialmente las alergias al trigo, la leche, los huevos o la soja.¹⁹

La **anafilaxia** es una reacción potencialmente mortal que resulta en dificultad para respirar, hinchazón en la boca y garganta, disminución de la presión arterial, shock o incluso la muerte. La leche, los huevos, el trigo, la soja, el pescado, los mariscos, los cacahuets y los frutos secos son los que tienen más probabilidades de desencadenar este tipo de respuesta. Una dosis del medicamento epinefrina a menudo se administra a través de una “pluma” para tratar a una persona que entra en un choque anafiláctico.²⁰



Figura10.3.5: Un EpiPen. (La imagen de Sean William está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Algunos niños experimentan una **intolerancia alimentaria**, que no implica una respuesta inmune. Una intolerancia alimentaria está marcada por síntomas desagradables que ocurren después de consumir ciertos alimentos. La intolerancia a la lactosa, aunque rara en niños muy pequeños, es un ejemplo. Los niños que padecen este padecimiento experimentan una reacción adversa a la lactosa en los productos lácteos. Es resultado de la incapacidad del intestino delgado para producir suficiente de la enzima lactasa. Los síntomas de intolerancia a la lactosa suelen afectar el tracto gastrointestinal y pueden incluir hinchazón, dolor abdominal, gases, náuseas y diarrea. Una intolerancia se maneja mejor haciendo cambios en la dieta y evitando cualquier alimento que desencadene la reacción.²²

Sobrepeso y obesidad en niños

El exceso de peso y la obesidad en los niños están asociados con una variedad de afecciones médicas que incluyen presión arterial alta, resistencia a la insulina, inflamación, depresión y menor rendimiento académico (Lu, 2016). El sobrepeso también se ha relacionado con el deterioro del funcionamiento cerebral, lo que incluye déficits en el funcionamiento ejecutivo, la memoria de trabajo, la flexibilidad mental y la toma de decisiones (Liang, Matheson, Kaye y Boutelle, 2014). Los niños que comían más grasas saturadas se desempeñaron peor en las tareas de memoria relacional mientras que comían una dieta alta en ácidos grasos omega-3 promovieron habilidades de memoria relacional (Davidson, 2014). Mediante estudios en animales, Davidson et al. (2013) encontraron que grandes cantidades de azúcares procesados y grasas saturadas debilitaron la barrera hematoencefálica, especialmente en el hipocampo. Esto puede hacer que el cerebro sea más vulnerable a sustancias nocivas que pueden perjudicar su funcionamiento. Otra habilidad importante del funcionamiento ejecutivo es controlar los impulsos y retrasar la gratificación. Los niños con sobrepeso muestran menos control inhibitorio que los niños de peso normal, lo que puede dificultarles evitar los alimentos poco saludables (Lu, 2016). En general, el sobrepeso de niño aumenta el riesgo de deterioro cognitivo a una edad.



Figura10.3.6: Existen ciertos riesgos para la salud asociados con el sobrepeso. (La imagen de Gaulsstin está licenciada bajo CC BY 2.0)

La medida actual para determinar el exceso de peso es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que expresa la relación entre la estatura y el peso. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los niños cuyo IMC es igual o superior al percentil 85 para su edad se consideran **con sobrepeso**, mientras que los niños que están en o por encima del percentil 95 se consideran **obesos** (Lu, 2016). En 2011-2012 aproximadamente 8.4% de los niños de 2 a 5 años se consideraron con sobrepeso u obesidad, y 17.7% de los niños de 6-11 años tenían sobrepeso u obesidad (CDC, 2014b) .24

Tasas de obesidad para niños: Alrededor del 16 al 33 por ciento de los niños estadounidenses son obesos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2005). Esto se define como estar al menos 20 por ciento por encima de su peso ideal. El porcentaje de obesidad en niños en edad escolar ha aumentado sustancialmente desde la década de 1960 y, de hecho, se ha duplicado desde la década de 1980. Esto es cierto en parte debido a la introducción de una dieta estable de televisión y otras actividades sedentarias. Además, hemos llegado a enfatizar las comidas rápidas altas en grasas como cultura. Pizza, hamburguesas, nuggets de pollo y “almuerzos” con refresco han reemplazado a los alimentos más nutritivos como productos básicos. La disminución de la participación en la educación física escolar y el deporte juvenil es solo uno de los muchos factores que han llevado a un aumento en el sobrepeso u obesidad de los niños.

Tener sobrepeso puede ser una lucha de por vida

Una preocupación creciente es la falta de reconocimiento por parte de los padres de que los niños tienen sobrepeso u obesidad. Katz (2015) se refirió a esto como **“oblivobesidad”**. Black et al. (2015) encontraron que los padres en el Reino Unido (Reino Unido) solo reconocían a sus hijos como obesos cuando estaban por encima del percentil 99.7 mientras que el punto de corte oficial para la obesidad está en el percentil 85. Oude Luttikhuis, Stolk y Sauer (2010) encuestaron a 439 padres y encontraron que 75% de los padres de niños con sobrepeso dijeron que el niño tenía un peso normal y 50% de los padres de niños obesos dijo que el niño tenía un peso normal. Para estos padres, el sobrepeso se consideró normal y la obesidad se consideró normal o un poco pesada. Doolen, Alpert y Miller (2009) informaron sobre varios estudios del Reino Unido, Australia, Italia y Estados Unidos, y en todos los lugares, los padres tenían más probabilidades de percibir mal el peso de sus hijos. Black, Park, y Gregson (2015) concluyeron que a medida que aumenta el peso promedio de los niños, también aumenta lo que los padres consideran normal. Si los padres no pueden identificar si sus hijos tienen sobrepeso, no podrán intervenir y ayudar a sus hijos con el manejo adecuado del peso.

Una preocupación añadida es que los propios niños no están identificando con precisión si tienen sobrepeso. En una muestra de Estados Unidos de 8-15 años, más del 80% de los niños con sobrepeso y el 70% de las niñas con sobrepeso percibieron mal su peso como normal (Sarafrazi, Hughes, & Borrud, 2014). También se señaló que a medida que aumentaba el nivel socioeconómico de los niños, la frecuencia de estos conceptos erróneos disminuyó. Parecía que las familias con más recursos estaban más conscientes de lo que define un peso saludable.

Resultados de la Obesidad Infantil

Los niños con sobrepeso tienden a ser rechazados, ridiculizados, burlados y acosados por otros (StopBullying.gov, 2016). Esto ciertamente puede ser perjudicial para su autoimagen y popularidad. Además, los niños obesos corren el riesgo de sufrir problemas ortopédicos como lesiones de rodilla, y tienen un mayor riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares en la edad adulta (Lu, 2016). Es difícil para un niño obeso convertirse en un adulto no obeso. Además, el número de casos de diabetes pediátrica ha aumentado dramáticamente en los últimos años.

Se están investigando intervenciones conductuales, incluida la capacitación de niños para superar el comportamiento impulsivo, para ayudar a los niños con sobrepeso (Lu, 2016). Se ha demostrado que la práctica de la inhibición fortalece la capacidad de resistir los alimentos poco saludables. Los padres pueden ayudar mejor a sus hijos con sobrepeso cuando son cálidos y solidarios sin usar la vergüenza o la culpa. También pueden actuar como el lóbulo frontal del niño hasta que se desarrolle ayudándoles a

tomar decisiones correctas de alimentos y alabando sus esfuerzos (Liang, et al., 2014). La investigación también muestra que el ejercicio, especialmente el ejercicio aeróbico, puede ayudar a mejorar el funcionamiento cognitivo en niños con sobrepeso (Lu, 2016). Los padres deben tener precaución contra enfatizar solo la dieta para evitar el desarrollo de cualquier obsesión por la dieta que pueda conducir a trastornos alimentarios. En cambio, aumentar el nivel de actividad de un niño es de gran ayuda.

La dieta no es realmente la respuesta. Si haces dieta, tu tasa metabólica basal tiende a disminuir haciendo que el cuerpo queme aún menos calorías para mantener el peso. El aumento de la actividad es mucho más efectivo para bajar de peso y mejorar la salud y el bienestar psicológico del niño. El ejercicio reduce el estrés y ser un niño con sobrepeso, sometido al ridículo de los demás sin duda puede ser estresante. Los padres deben tener precaución contra enfatizar solo la dieta para evitar el desarrollo de cualquier obsesión por la dieta que pueda conducir a trastornos alimentarios cuando son adolescentes. Una vez más, ayudar a los niños a elegir alimentos saludables y aumentar la actividad física ayudará a prevenir la obesidad infantil²⁵.

Colaboradores y Atribuciones

5. Investigación sobre los Beneficios de las Comidas Familiares. Condado de Dakota, Minnesota. Actualizado el 30 de abril de 2012. Accedido el 4 de diciembre de 2017.
6. [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
8. [Una introducción a la nutrición](#) de [Maureen Zimmerman y Beth Snow](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
9. [Infancia por la Universidad de Hawai en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)
11. Investigación sobre los Beneficios de las Comidas Familiares. Condado de Dakota, Minnesota. Actualizado el 30 de abril de 2012. Accedido el 4 de diciembre de 2017.
12. [Consejos para padres: las calorías necesarias cada día](#) por los [NIH](#) son de dominio público
14. [Una introducción a la nutrición](#) de [Maureen Zimmerman y Beth Snow](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
15. Coleman-Jensen A, et al. Seguridad Alimentaria en los Hogares en Estados Unidos en 2010. Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Informe de Investigación Económica, núm. ERR-125; 2011.
16. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond) [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Food El Programa de Ciencia y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)
17. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond) [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Food El Programa de Ciencia y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)
19. [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
20. [Datos Rápidos sobre Alergia a Alimentos](#). [Institutos Nacionales de Salud](#), Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Actualizado el 27 de marzo de 2017. Accedido el 10 de diciembre de 2017.
- [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
22. Intolerancia a la lactosa. [Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales](#). Actualizado en junio de 2014. Consultado el 4 de diciembre de 2017.; [Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
24. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
25. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond); [Desarrollo de vida útil - Módulo 6: Infancia media](#) por [Lumen Learning referencias Psyc 200 Psicología de la vida útil](#) por Laura Overstreet, licenciada bajo [CC BY 4.0](#) (modificada por Dawn Rymond)

This page titled [10.3: Necesidades Nutricionales](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

Receso y educación física: El recreo es un tiempo para el juego libre y la Educación Física (PE) es un programa estructurado que enseña habilidades, reglas y juegos. Son una gran parte de la aptitud física de los niños en edad escolar. Para muchos niños, el PE y el receso son los componentes clave para introducir a los niños a los deportes. Después de años de recortes escolares en los programas de recreo y educación física, ha habido un cambio de rumbo, motivado por las preocupaciones sobre la obesidad infantil y los problemas de salud relacionados. A pesar de estos cambios, actualmente, solo el estado de Oregón y el Distrito de Columbia cumplen con las pautas de educación física de un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física en la escuela primaria y 225 minutos en la secundaria (SPARC, 2016).



Figura10.4.1: Una niña corriendo en un campo de pista. (Imagen de Laughlin Base de la Fuerza Aérea es de dominio público)

Deportes Organizados: Pros y Contras

La infancia media parece ser un buen momento para introducir a los niños a los deportes organizados, y de hecho, muchos padres lo hacen. Cerca de 3 millones de niños juegan fútbol en Estados Unidos (United States Youth Soccer, 2012). Esta actividad promete ayudar a los niños a desarrollar habilidades sociales, mejorar atléticamente y aprender un sentido de competencia. No obstante, el énfasis en la competencia y la habilidad atlética puede ser contraproducente y llevar a los niños a cansarse del juego y querer dejar de jugar. En muchos aspectos, parece que las actividades infantiles ya no son actividades infantiles una vez que los adultos se involucran y se acercan a los juegos como adultos y no como niños. La Federación de Fútbol de los Estados Unidos recientemente aconsejó a los entrenadores reducir la cantidad de perforaciones que se realizan durante la práctica y permitir que los niños jueguen con mayor libertad y elijan sus propias posiciones. La esperanza es que esto construya sobre su amor por el juego y fomente sus talentos naturales.

El deporte es importante para los niños. La participación infantil en el deporte se ha vinculado a:

- Mayores niveles de satisfacción con la familia y calidad de vida general en niños
- Mejora del desarrollo físico y emocional
- Mejor rendimiento académico

Sin embargo, un estudio sobre deportes infantiles en Estados Unidos (Sabo & Veliz, 2008) ha encontrado que el género, la pobreza, la ubicación, la etnia y la discapacidad pueden limitar las oportunidades para practicar deportes. Las niñas tenían más probabilidades de no haber participado nunca en ningún tipo de deporte.

Este estudio también encontró que es posible que los padres no estén brindando a sus hijas tanto apoyo como ellos a sus hijos. Si bien los niños calificaron a sus padres como su mayor mentor que les enseñó más sobre deportes, las niñas calificaron a los entrenadores y maestros de educación física como sus mentores clave. Sabo y Veliz también encontraron que los niños de los barrios suburbanos tenían una participación mucho mayor en el deporte que los niños y niñas que viven en centros rurales o urbanos. Además, niñas y niños caucásicos participaron en deportes organizados en tasas más altas que los niños de minorías. Con un enfoque renovado, hombres y mujeres pueden beneficiarse de todos los deportes y actividades físicas²⁷.



Figura10.4.2: Deportes comunitarios. (La imagen del [Departamento de Defensa](#) es de dominio público)

Bienvenido al Mundo de los Deportes Electrónicos

El reciente informe de Sport Policy and Research Collaborative (2016) sobre el “Estado de juego” en Estados Unidos destaca una tendencia inquietante. Uno de cada cuatro niños entre los 5 y 16 años califica jugar juegos de computadora con sus amigos como una forma de ejercicio. Además, los **deportes electrónicos**, que como escribe SPARC se refieren tanto a un deporte como al póquer, implica que los niños vean a otros niños jugar videojuegos. Más de la mitad de los varones, y alrededor del 20% de las hembras, de 12 a 19 años, dicen que son fanáticos de los deportes electrónicos. El juego es una parte importante de la infancia y se ha demostrado que la actividad física ayuda a los niños a desarrollarse y crecer. Los adultos y cuidadores deben mirar lo que los niños están haciendo dentro de su día para priorizar las actividades que deben enfocar.²⁹



Figura10.4.3: Un grupo de niños practicando videodeportes. (La imagen de [Gamesingear](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Colaboradores y Atribuciones

27. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

29. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

This page titled [10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

10.5: Salud Física

Visión y Audición

El problema de visión más común en la infancia media es ser miope, también conocido como **miopía**. El 25% de los niños serán diagnosticados al final de la infancia media. Ser miope se puede corregir usando anteojos con lentes correctivos.



Figura10.5.1: Un niño que recibe un examen de la vista. (La imagen es de dominio público)

Los niños pueden tener muchas infecciones de oído en la primera infancia, pero no es tan común dentro del rango de edad de 6 a 12 años. Numerosas infecciones de oído durante la infancia media pueden provocar dolores de cabeza y migrañas, lo que puede ocasionar pérdida auditiva.³²

Salud Dental

Los niños en la infancia media comenzarán o seguirán perdiendo dientes. Experimentan la pérdida de dientes caducifolios, o “bebés”, y la llegada de dientes permanentes, que generalmente comienza a los seis o siete años de edad. Es importante que los niños sigan viendo a un dentista dos veces al año para estar seguros de que estos dientes estén sanos.

Los alimentos y nutrientes que consumen los niños también son importantes para la salud dental. Ofrezca alimentos y refrigerios saludables a los niños y cuando los niños comen alimentos azucarados o pegajosos, deben cepillarse los dientes después.



Figura10.5.2: Un niño cepillándose los dientes. (La imagen de Latrobebohs está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/))

Los niños deben usar hilo dental diariamente y cepillarse los dientes al menos dos veces al día: por la mañana, a la hora de acostarse y preferiblemente después de las comidas. Los niños más pequeños necesitan ayuda para cepillarse los dientes correctamente. Intenta cepillarse los dientes primero y dejar que terminen. Podrías intentar usar un temporizador o una canción favorita para que tu hijo aprenda a cepillarse durante 2 minutos. Se recomienda a los padres o cuidadores que supervisen el cepillado hasta que su hijo tenga 7 u 8 años de edad para evitar la caries dental.

La mejor defensa contra la caries dental es usar hilo dental, cepillarse y agregar flúor; un mineral que se encuentra en la mayoría del agua del grifo. Si tu agua no tiene flúor, pregúntale a un dentista sobre gotas de flúor, gel o barniz. También pregúntele al dentista de su hijo sobre los selladores, una forma sencilla y sin dolor de prevenir la caries dental. Estos finos recubrimientos plásticos están pintados en las superficies de masticación de los dientes posteriores permanentes. Rápidamente se endurecen para formar un escudo protector contra gérmenes y alimentos. Si una pequeña cavidad es cubierta accidentalmente por un sellador, la descomposición no se propagará porque los gérmenes atrapados en su interior están sellados de su suministro de alimentos.

La salud dental de los niños necesita un monitoreo continuo ya que los niños pierden dientes y entran nuevos dientes. Muchos niños tienen alguna maloclusión (cuando la forma en que los dientes superiores no están correctamente posicionados ligeramente sobre los dientes inferiores, incluyendo debajo y sobremordidas) o malposición de sus dientes, lo que puede afectar su capacidad para masticar alimentos, usar hilo dental y cepillarse correctamente. Los odontólogos pueden recomendar que sea hora de ver a un ortodoncista para mantener una buena salud dental. La salud dental es extremadamente importante a medida que los niños crecen

más independientes al tomar decisiones de alimentos y a medida que comienzan a hacerse cargo del uso del hilo dental y el cepillado. Los padres pueden facilitar esta transición promoviendo una alimentación saludable y una higiene dental adecuada.³⁴

Diabetes en la Infancia

Hasta hace poco la diabetes en niños y adolescentes se pensaba casi exclusivamente como el tipo 1, pero ese pensamiento ha evolucionado. La diabetes tipo 1 es la forma más común de diabetes en niños y es el resultado de la falta o producción de insulina debido a un sistema inmunitario hiperactivo. La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes en Estados Unidos. Solía ser referida como diabetes de inicio en adultos ya que no era común durante la infancia. Pero con el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, se están produciendo más diagnósticos antes de la edad adulta. También es importante señalar que el Tipo 2 afecta desproporcionadamente a los jóvenes minoritarios. ³⁵



Figura10.5.3: La prueba de pinchazo en el dedo. (Imagen del Ejército de Estados Unidos es de dominio público)

Asma

El asma infantil que no se maneja puede dificultar que los niños desarrollen al máximo su potencial. El asma es una enfermedad pulmonar crónica que inflama y estrecha las vías respiratorias. El asma causa períodos recurrentes de sibilancias (un silbido cuando respira), opresión en el pecho, dificultad para respirar y tos. La tos suele ocurrir por la noche o temprano en la mañana. El asma afecta a personas de todas las edades, pero con mayor frecuencia comienza durante la infancia. En Estados Unidos, se sabe que más de 25 millones de personas tienen asma. Alrededor de 7 millones de estas personas son niños.

Para entender el asma, ayuda saber cómo funcionan las vías respiratorias. Las vías respiratorias son tubos que transportan aire dentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen asma tienen las vías respiratorias inflamadas. La inflamación hace que las vías respiratorias se hinchen y sean muy sensibles. Las vías respiratorias tienden a reaccionar fuertemente a ciertas sustancias inhaladas. Cuando las vías respiratorias reaccionan, los músculos que las rodean se tensan. Esto estrecha las vías respiratorias, lo que hace que fluya menos aire hacia los pulmones. La hinchazón también puede empeorar, haciendo que las vías respiratorias sean aún más estrechas. Las células en las vías respiratorias podrían producir más moco de lo habitual. El moco es un líquido pegajoso y espeso que puede estrechar aún más las vías respiratorias. Esta reacción en cadena puede provocar síntomas de asma. Los síntomas pueden ocurrir cada vez que se inflaman las vías respiratorias.

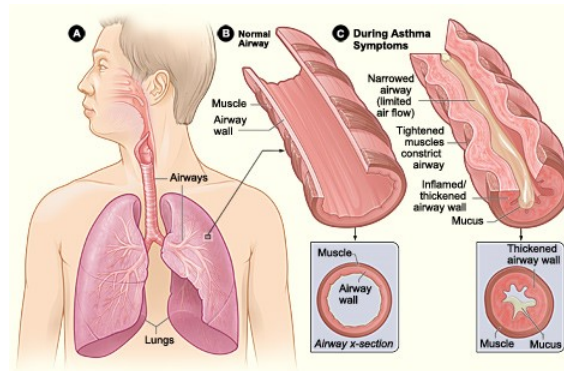


Figura10.5.4: La Figura A muestra la ubicación de los pulmones y vías respiratorias en el cuerpo. La Figura B muestra una sección transversal de una vía aérea normal. La Figura C muestra una sección transversal de una vía aérea durante síntomas de asma. (La imagen del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre es de dominio público)

A veces los síntomas del asma son leves y desaparecen solos o después de un tratamiento mínimo con medicamentos para el asma. Otras veces, los síntomas siguen empeorando. Cuando los síntomas se vuelven más intensos y/o ocurren más síntomas, estás teniendo un ataque de asma. Los ataques de asma también se llaman brotes o exacerbaciones (Eg-Zas-er-ba-shuns).

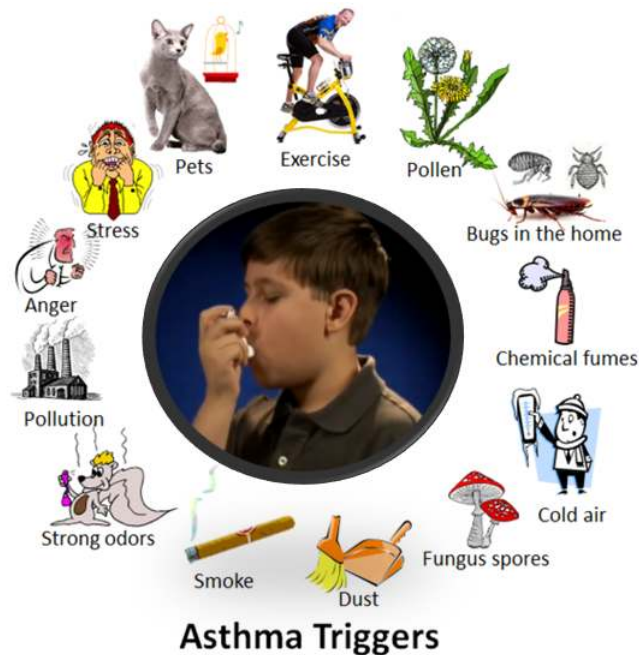


Figura10.5.5: Las diferentes cosas que pueden desencadenar el asma. (La imagen de 7mike5000 está licenciada bajo CC BY-SA 3.0 (imagen modificada al agregar contenido de un video por los CDC, que es de dominio público))

Tratar los síntomas cuando los notas por primera vez es importante. Esto ayudará a evitar que los síntomas empeoren y provoquen un ataque severo de asma. Los ataques severos de asma pueden requerir atención de emergencia y pueden ser fatales. El asma no tiene cura. Incluso cuando te sientes bien, todavía tienes la enfermedad y puede estallar en cualquier momento.

Sin embargo, con los conocimientos y tratamientos actuales, la mayoría de las personas que tienen asma son capaces de manejar la enfermedad. Tienen pocos, si los hay, síntomas. Pueden vivir vidas normales, activas y dormir toda la noche sin interrupción del asma. Si tienes asma, puedes tomar un papel activo en el manejo de la enfermedad. Para un tratamiento exitoso, completo y continuo, establece asociaciones sólidas con su médico y otros proveedores de atención médica.³⁹

Estrés Infantil

Tómate un momento para pensar en cómo lidias y cómo te afecta el estrés. Ahora piensa en lo que el impacto del estrés puede tener en un niño y su desarrollo?

Por supuesto, los niños experimentan estrés y diferentes tipos de factores estresantes de manera diferente. No todo el estrés es malo. El estrés normal y cotidiano puede brindar una oportunidad para que los niños pequeños desarrollen habilidades de afrontamiento y plantea poco riesgo para el desarrollo. Los eventos estresantes aún más duraderos, como cambiar de escuela o perder a un ser querido, pueden manejarse bastante bien. Pero los niños que experimentan estrés tóxico o que viven en situaciones extremadamente estresantes de abuso durante largos periodos de tiempo pueden sufrir efectos duraderos. Las estructuras en el mesencéfalo o sistema límbico como el hipocampo y la amígdala pueden ser vulnerables al estrés prolongado durante la primera infancia (Middlebrooks y Audage, 2008). Los altos niveles de la hormona del estrés cortisol pueden reducir el tamaño del hipocampo y afectar las capacidades de memoria del niño. Las hormonas del estrés también pueden reducir la inmunidad a las enfermedades. Si el cerebro está expuesto a largos periodos de estrés severo puede desarrollar un umbral bajo haciendo que el niño sea hipersensible al estrés en el futuro. Cualesquiera que sean los efectos del estrés, se puede minimizar si un niño aprende a lidiar con los factores estresantes y desarrolla estrategias de afrontamiento con el apoyo de adultos que cuidan. Es fácil saber cuándo su hijo tiene fiebre u otros síntomas físicos. Sin embargo, los problemas de salud mental de un niño pueden ser más difíciles de identificar. En la siguiente sección, veremos los Trastornos de Salud Mental Infantiles.40

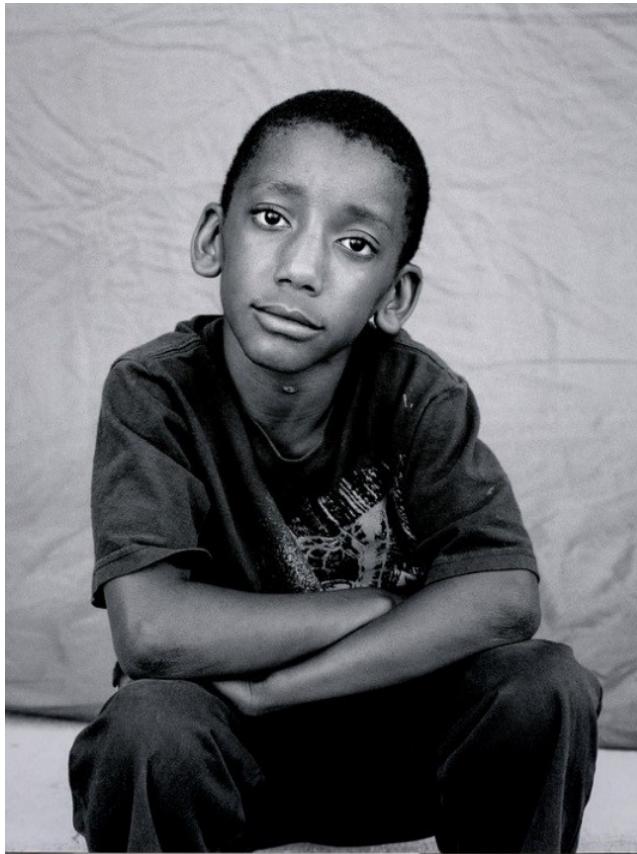


Figura10.5.6: Los niveles altos y constantes de estrés pueden impactar negativamente en el cerebro. (Imagen de Leroy_Skalstad en Pixabay)

Colaboradores y Atribuciones

32. Rathus, Spencer A. (2011). Viajes de infancia y adolescencia en el desarrollo. Belmont, CA: Aprendizaje de Wadsworth Cengage.

34. [Mastique esto - Dientes saludables para el bebé y más allá](#) por los [Institutos Nacionales de la Salud](#) es de dominio público (modificado por Dawn Rymond)

[Infancia por la Universidad de Hawai'i en Mānoa Programa de Ciencia de los Alimentos y Nutrición Humana](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

35. [La diabetes](#) por el [Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales](#) es de dominio público

[Prevención de la diabetes tipo 2: los pasos hacia una vida más saludable](#) por parte de [los Institutos Nacionales de Salud](#) son de dominio público

39. El [asma](#) por el [Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre](#) es de dominio público
40. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 5: Primera infancia](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

This page titled [10.5: Salud Física](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

10.6: Salud Mental Infantil

Los problemas de **salud mental** pueden perturbar la vida diaria en el hogar, en la escuela o en la comunidad. Sin ayuda, los problemas de salud mental pueden llevar al fracaso escolar, al abuso de alcohol u otras drogas, a la discordia familiar, a la violencia o incluso al suicidio. Sin embargo, hay ayuda disponible. Hable con su proveedor de atención médica si le preocupa el comportamiento de su hijo.

Los trastornos de salud mental son diagnosticados por un profesional calificado utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Este es un manual que se utiliza como estándar en toda la profesión para diagnosticar y tratar trastornos mentales.⁴²

Cuando Usted Tiene una Preocupación por un Niño. ¿Qué hay en una etiqueta? ⁴³

Los niños son evaluados continuamente a medida que ingresan y progresan en la escuela. Si un niño está mostrando una necesidad, debe ser evaluado por un profesional calificado que haga una recomendación o diagnóstico del niño y le dé el tipo de instrucción, recursos, adaptaciones y apoyo que debe recibir.

Idealmente, un diagnóstico o etiqueta adecuados es extremadamente beneficioso para los niños que tienen necesidades educativas, sociales, emocionales o de desarrollo. Una vez que su dificultad, trastorno o discapacidad está etiquetada, el niño recibirá la ayuda que necesita de los padres, educadores y cualquier otro profesional que trabajará en equipo para cumplir con las metas y necesidades individuales del estudiante.

Sin embargo, es importante considerar que los niños que son etiquetados sin el apoyo y adaptaciones adecuados o peor, pueden ser diagnosticados erróneamente tendrán consecuencias negativas. Una etiqueta también puede influir en el autoconcepto del niño, por ejemplo, si se diagnostica erróneamente que un niño tiene una discapacidad de aprendizaje; el niño, los maestros y el miembro de la familia interpretan sus acciones a través de la lente de esa etiqueta. Las etiquetas son potentes y pueden ser buenas para el niño o pueden ir perjudiciales para su desarrollo, todo dependiendo de la precisión de la etiqueta y si se aplican con precisión.

Un equipo de personas que incluya a padres de familia, maestros y cualquier otro personal de apoyo analizará la evaluación del niño en un proceso llamado Plan de Educación Individual (IEP). El equipo discutirá el diagnóstico, las recomendaciones y las adaptaciones o ayuda y se tomarán decisiones con respecto a lo que es lo mejor para el niño. Este es el momento en que los padres o cuidadores deciden si les gustaría seguir este plan o pueden disputar cualquier parte del proceso. Durante un IEP, el equipo es capaz de expresar inquietudes y preguntas. La mayoría de los padres se sienten empoderados cuando salen de estas reuniones. Sienten como si fueran parte del equipo y que saben qué, cuándo, por qué y cómo se va a ayudar a su hijo.

Trastornos de Salud Mental Infantil

Trastornos Sociales y Emocionales

- Fobias
- Ansiedad
- Síndrome de Estrés Postraumático - TEPT
- Trastorno obsesivo-compulsivo —TOC
- Depresión

Trastornos del Desarrollo

- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Trastorno por déficit de atención (TDAH)
- Trastorno generalizado del desarrollo (PDD) ⁴⁴

Fobias

Cuando un niño que tiene una **fobia** (un miedo o aversión extrema o irracional a algo) se expone al estímulo fóbico (los estímulos varían), provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata, que puede tomar la forma de un ataque de pánico situacional o situacional predispuesto. Los niños pueden mostrar efectos y características cuando se trata de fobias específicas. Los efectos de la ansiedad se manifiestan al llorar, hacer rabietas, experimentar congelación o aferrarse al padre con el que tienen más conexión. Las afecciones relacionadas incluyen ansiedad.

Ansiedad

Muchos niños tienen miedos y preocupaciones, y de vez en cuando se sentirán tristes y desesperados. Fuertes miedos aparecerán en diferentes momentos durante el desarrollo. Por ejemplo, los niños pequeños suelen estar muy angustiados por estar lejos de sus padres, incluso si están seguros y cuidados. Si bien los miedos y las preocupaciones son típicos en los niños, las formas persistentes o extremas de sentimientos de miedo y tristeza podrían deberse a la ansiedad o la depresión. Debido a que los síntomas involucran principalmente pensamientos y sentimientos, se les llama **trastornos internalizantes**.



Figura10.6.1: Un niño ansioso. (La imagen es de dominio público)

Cuando los niños no superan los miedos y preocupaciones que son típicos en los niños pequeños, o cuando hay tantos miedos y preocupaciones que interfieren con la escuela, el hogar o las actividades de juego, el niño puede ser diagnosticado con un trastorno de ansiedad. Los ejemplos de diferentes tipos de trastornos de ansiedad incluyen:

- Tener mucho miedo cuando está lejos de los padres (ansiedad por separación)
- Tener miedo extremo por una cosa o situación específica, como perros, insectos o ir al médico (fobias)
- Tener mucho miedo a la escuela y otros lugares donde hay gente (ansiedad social)
- Estar muy preocupado por el futuro y por que sucedan cosas malas (ansiedad general)
- Tener episodios repetidos de miedo repentino, inesperado e intenso que vienen con síntomas como latidos cardíacos, dificultad para respirar o sentirse mareado, tembloroso o sudoroso (trastorno de pánico)

La ansiedad puede presentarse como miedo o preocupación, pero también puede irritar y enojar a los niños. Los síntomas de ansiedad también pueden incluir problemas para dormir, así como síntomas físicos como fatiga, dolores de cabeza o dolores de estómago. Algunos niños ansiosos guardan sus preocupaciones para sí mismos y, así, se pueden pasar por alto los síntomas.

Las afecciones relacionadas incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático.

Síndrome de Estrés Postraumático (TEPT)

La exposición a eventos traumáticos puede tener importantes influencias en el desarrollo de los niños. Si bien la mayoría de los niños no desarrollarán TEPT después de un trauma, las mejores estimaciones de la literatura son que alrededor de un tercio de ellos lo harán, más altas que las estimaciones de adultos. Algunas razones para esto podrían incluir un conocimiento más limitado sobre el mundo, los mecanismos diferenciales de afrontamiento empleados y el hecho de que las reacciones de los niños al trauma a menudo están muy influenciadas por la forma en que reaccionan sus padres y cuidadores.

El impacto del TEPT en niños semanas después de un trauma, muestra que hasta el 90% de los niños pueden experimentar excitación fisiológica aumentada, ansiedad difusa, culpa de sobreviviente y responsabilidad emocional. Todas estas son reacciones normales y deben entenderse como tales (cosas similares se ven en los adultos). Sin embargo, aquellos niños que siguen teniendo estos síntomas tres o cuatro meses después de un desastre pueden necesitar una evaluación adicional, especialmente si también muestran los siguientes síntomas. Para los niños mayores, las señales de advertencia de ajuste problemático incluyen: juegos repetitivos que recrean una parte del desastre; preocupación por el peligro o preocupaciones expresadas por la seguridad; trastornos del sueño e irritabilidad; arrebatos de ira o agresividad; preocupación excesiva por familiares o amigos; evitación escolar, particularmente involucrando quejas somáticas; comportamientos característicos de niños pequeños; y cambios en la personalidad, abstinencia y pérdida de interés en las actividades⁴⁶.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Si bien un diagnóstico de TOC requiere únicamente que una persona tenga obsesiones o compulsiones, no ambas, aproximadamente 96% de las personas experimentan ambas. Para casi todas las personas con TOC, estar expuesto a ciertos estímulos (internos o externos) desencadenará entonces una obsesión perturbadora o causante de ansiedad, que solo puede aliviarse haciendo una compulsión. Por ejemplo, una persona toca el pomo de una puerta en un edificio público, lo que provoca un

pensamiento obsesivo de que se enfermará de los gérmenes, lo que sólo puede aliviarse lavándose compulsivamente las manos en un grado excesivo. Algunas de las obsesiones más comunes incluyen pensamientos no deseados de dañar a seres queridos, dudas persistentes de que uno no ha cerrado puertas o apagado electrodomésticos, pensamientos intrusivos de estar contaminado y repugnante moral o sexualmente 47.

Depresión

Ocasionalmente estar triste o sentirse desesperado es parte de la vida de cada niño. No obstante, algunos niños se sienten tristes o desinteresados en las cosas que solían disfrutar, o se sienten indefensos o desesperados en situaciones en las que podrían hacer algo para abordar las situaciones. Cuando los niños sienten tristeza persistente y desesperanza, pueden ser diagnosticados con depresión.



Figura10.6.2: La tristeza persistente es un síntoma de depresión. (La imagen es de dominio público)

Síntomas

Ahora sabemos que los jóvenes que tienen depresión pueden mostrar signos que son ligeramente diferentes de los síntomas típicos de la depresión en adultos. Los niños que están deprimidos pueden quejarse de sentirse enfermos, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre o cuidador, no sentirse amados, desesperanza por el futuro o preocuparse excesivamente de que uno de los padres pueda morir. Los niños mayores y los adolescentes pueden enfurruñarse, meterse en problemas en la escuela, ser negativos o gruñidos, estar irritables, indecisos, tener problemas para concentrarse o sentirse incomprendidos. Debido a que los comportamientos normales varían de una etapa de la infancia a otra, puede ser difícil saber si un niño que muestra cambios en el comportamiento solo está pasando por una “fase” temporal o está sufriendo de depresión.

Tratamiento

Con medicamentos, psicoterapia o tratamiento combinado, la mayoría de los jóvenes con depresión pueden ser tratados de manera efectiva. Los jóvenes son más propensos a responder al tratamiento si lo reciben temprano en el curso de su enfermedad.⁴⁹

Trastornos del Desarrollo

Trastorno del espectro autista

Como se introdujo en el capítulo 8, el trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del desarrollo que afecta la comunicación y el comportamiento. Si bien el autismo se puede diagnosticar a cualquier edad, se dice que es un “trastorno del desarrollo” porque los síntomas generalmente aparecen en los dos primeros años de vida.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), una guía creada por la Asociación Americana de Psiquiatría utilizada para diagnosticar trastornos mentales, las personas con TEA tienen:

- Dificultad para comunicarse e interactuar con otras personas
- Intereses restringidos y comportamientos repetitivos
- Síntomas que perjudican la capacidad de la persona para funcionar adecuadamente en la escuela, el trabajo y otras áreas de la vida

El autismo es conocido como un trastorno de “espectro” porque existe una amplia variación en el tipo y gravedad de los síntomas que experimentan las personas. El TEA ocurre en todos los grupos étnicos, raciales y económicos. Aunque el TEA puede ser un trastorno de por vida, los tratamientos y servicios pueden mejorar los síntomas y la capacidad de funcionar de una persona. La Academia Americana de Pediatría recomienda que todos los niños sean examinados para detectar autismo.

Cambios en el diagnóstico de TEA

En 2013 se publicó una versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Esta revisión cambió la forma en que se clasifica y diagnostica el autismo. Usando la versión anterior del DSM, las personas podrían ser diagnosticadas con uno de varios padecimientos separados:

- Trastorno autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS)

En la versión revisada actual del DSM (el DSM-5), estas afecciones separadas se han combinado en un diagnóstico llamado “trastorno del espectro autista”. Usando el DSM-5, por ejemplo, las personas a las que anteriormente se les diagnosticó que tenían síndrome de Asperger ahora serían diagnosticadas con trastorno del espectro autista. Si bien el diagnóstico “oficial” de TEA ha cambiado, no hay nada de malo en seguir usando términos como el síndrome de Asperger para describirse a sí mismo o identificarse con un grupo de pares.

Signos y síntomas del TEA

Las personas con TEA tienen dificultades con la comunicación e interacción social, intereses restringidos y comportamientos repetitivos. La siguiente lista da algunos ejemplos de los tipos de comportamientos que se observan en las personas diagnosticadas con TEA. No todas las personas con TEA mostrarán todos los comportamientos, pero la mayoría mostrará varios.

Los comportamientos de comunicación social/interacción pueden incluir:

- Hacer contacto visual poco o inconsistente
- Tiende a no mirar ni escuchar a la gente
- Rara vez compartir el disfrute de objetos o actividades señalando o mostrando cosas a otros
- No responder, o ser lento para, responder a alguien que llama su nombre o a otros intentos verbales de llamar la atención
- Tener dificultades con el ida y vuelta de la conversación
- A menudo hablando extensamente sobre un tema favorito sin darse cuenta de que otros no están interesados o sin darle a otros la oportunidad de responder
- Tener expresiones faciales, movimientos y gestos que no coincidan con lo que se dice
- Tener un tono de voz inusual que puede sonar cantado o plano y parecido a robot
- Tener problemas para entender el punto de vista de otra persona o ser incapaz de predecir o comprender las acciones de otras personas

Los comportamientos restrictivos/repetitivos pueden incluir:

- Repetir ciertos comportamientos o tener comportamientos inusuales. Por ejemplo, repetir palabras o frases, un comportamiento llamado ecolalia
- Tener un interés intenso y duradero en ciertos temas, como números, detalles o hechos
- Tener intereses demasiado enfocados, como con objetos en movimiento o partes de objetos
- Molestar por ligeros cambios en una rutina
- Ser más o menos sensible que otras personas a la entrada sensorial, como la luz, el ruido, la ropa o la temperatura

Las personas con TEA también pueden experimentar problemas para dormir e irritabilidad. Aunque las personas con TEA experimentan muchos desafíos, también pueden tener muchas fortalezas, que incluyen:

- Ser capaz de aprender cosas en detalle y recordar información durante largos periodos de tiempo
- Ser fuertes aprendices visuales y auditivos
- Sobresalir en matemáticas, ciencias, música o arte

Causas y Factores de Riesgo

Si bien los científicos no conocen las causas exactas del TEA, las investigaciones sugieren que los genes pueden actuar junto con las influencias del medio ambiente para afectar el desarrollo de formas que conducen al TEA. Aunque los científicos todavía están tratando de entender por qué algunas personas desarrollan TEA y otras no, algunos factores de riesgo incluyen:

- Tener un hermano con TEA
- Tener padres mayores

- Tener ciertas afecciones genéticas: las personas con afecciones como el síndrome de Down, el síndrome del X frágil y el síndrome de Rett tienen más probabilidades que otras de tener TEA
- Muy bajo peso al nacer

Tratamientos y Terapias

El tratamiento para el TEA debe comenzar lo antes posible después del diagnóstico. El tratamiento temprano para el TEA es importante ya que la atención adecuada puede reducir las dificultades de las personas mientras les ayuda a aprender nuevas habilidades y aprovechar al máximo sus fortalezas.

La amplia gama de problemas que enfrentan las personas con TEA significa que no existe un único mejor tratamiento para el TEA. Trabajar en estrecha colaboración con un médico o profesional de la salud es una parte importante para encontrar el programa de tratamiento adecuado.

Un médico puede usar medicamentos para tratar algunos síntomas que son comunes con el TEA. Con la medicación, una persona con TEA puede tener menos problemas con:

- Irritabilidad
- Agresión
- Comportamiento repetitivo
- Hiperactividad
- Problemas de atención
- Ansiedad y depresión

Las personas con TEA pueden ser derivadas a médicos que se especializan en brindar intervenciones conductuales, psicológicas, educativas o de desarrollo de habilidades. Estos programas suelen ser altamente estructurados e intensivos y pueden involucrar a padres, hermanos y otros miembros de la familia. Los programas pueden ayudar a las personas con TEA a:

- Aprender habilidades para la vida necesarias para vivir de forma independiente
- Reducir comportamientos desafiantes
- Aumentar o construir sobre las fortalezas
- Aprender habilidades sociales, comunicativas y lingüísticas



Figura10.6.3: Rich y Nubia Quick han puesto a su hijo autista de 8 años, Matthew, a través de la terapia para ayudarlo a abrirse y relacionarse más con los demás. Los Quicks mantienen un ambiente estructurado para que Matthew pueda adaptarse mejor al mundo que le rodea. (La imagen y el subtítulo de la [Fuerza Aérea de Estados Unidos](#) son de dominio público)

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H)

Se desconocen las causas exactas del TDA/H; sin embargo, las investigaciones han demostrado que los factores que muchas personas asocian con el desarrollo del TDA/H no causan el trastorno incluyendo, lesiones menores en la cabeza, daños en el cerebro por complicaciones durante el parto, alergias alimentarias, ingesta excesiva de azúcar, demasiada televisión, escuelas pobres, o mala paternidad. La investigación ha encontrado una serie de factores de riesgo significativos que afectan el neurodesarrollo y la expresión del comportamiento. Eventos como el consumo materno de alcohol y tabaco que afectan el desarrollo del cerebro fetal pueden aumentar el riesgo de TDA/H. También se han implicado lesiones en el cerebro por toxinas ambientales como la falta de hierro.

Síntomas

Las personas con TDA/H muestran un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad, impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo:

1. Inatención: Seis o más síntomas de falta de atención en niños hasta los 16 años, o cinco o más para adolescentes de 17 años y adultos mayores; los síntomas de falta de atención han estado presentes durante al menos 6 meses, y son inapropiados para el nivel de desarrollo:

- A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores descuidados en el trabajo escolar, en el trabajo o con otras actividades.
- A menudo tiene problemas para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, las tareas o las tareas en el lugar de trabajo (por ejemplo, pierde el enfoque, se desvía).
- A menudo tiene problemas para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, no le gusta o es reacio a realizar tareas que requieren esfuerzo mental durante un largo período de tiempo (como tareas escolares o tareas).
- A menudo pierde cosas necesarias para tareas y actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, papeleo, anteojos, teléfonos móviles).
- A menudo se distrae fácilmente
- A menudo es olvidadizo en las actividades diarias.



Figura10.6.4: Este niño está exhibiendo falta de atención. (La imagen de Ben Paarmann está licenciada bajo CC BY 2.0)

2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad para niños hasta los 16 años, o cinco o más para adolescentes de 17 años y adultos mayores; los síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses en una medida que es disruptiva e inapropiada para la nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo se mueve con o toca las manos o los pies, o se remueve en el asiento.
- A menudo deja asiento en situaciones en las que se espera permanecer sentado.
- A menudo corre o sube en situaciones en las que no es apropiado (adolescentes o adultos pueden limitarse a sentirse inquietos).
- A menudo incapaz de jugar o participar en actividades de ocio tranquilamente.
- A menudo está “sobre la marcha” actuando como “impulsado por un motor”.
- Muchas veces se habla en exceso.
- A menudo descarta una respuesta antes de que se haya completado una pregunta.
- A menudo tiene problemas para esperar su turno.
- A menudo interrumpe o se entromete en otros (por ejemplo, colillas en conversaciones o juegos)



Figura10.6.5: Este niño presenta hiperactividad e impulsividad. (La imagen de Marc Lewis está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Además, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- Varios síntomas de falta de atención o hiperactivo-impulsivos se presentaron antes de los 12 años de edad.

- Varios síntomas se presentan en dos o más entornos, (como en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, escolar o laboral.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (como un trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). Los síntomas no ocurren solo durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Según los tipos de síntomas, pueden ocurrir tres tipos (presentaciones) de TDA/H:

- **Presentación combinada:** si se presentaron suficientes síntomas de ambos criterios de falta de atención e hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses
- **Presentación predominantemente desatenta:** si los síntomas suficientes de falta de atención, pero no de hiperactividad-impulsividad, estuvieron presentes durante los últimos seis meses
- **Presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva:** si hubo suficientes síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero no de falta de atención, estuvieron presentes durante los últimos seis meses.

Debido a que los síntomas pueden cambiar con el tiempo, la presentación también puede cambiar con el tiempo.⁵⁴ El diagnóstico de TDA/H se puede hacer de manera confiable utilizando métodos de entrevista diagnóstica bien probados. Sin embargo, hasta el momento no existe una prueba válida independiente para el TDAH.

Entre los niños, el TDA/H ocurre con frecuencia junto con otros problemas de aprendizaje, comportamiento o estado de ánimo como discapacidades de aprendizaje, trastorno desafiante de oposición, trastornos de ansiedad y depresión.

Tratamiento

Una variedad de medicamentos e intervenciones conductuales se utilizan para tratar el TDA/H. Los medicamentos más utilizados son metilfenidato (Ritalin), D-anfetamina y otras anfetaminas. Estos fármacos son estimulantes que afectan el nivel del neurotransmisor dopamina en la sinapsis. Nueve de cada 10 niños mejoran mientras toman uno de estos medicamentos.

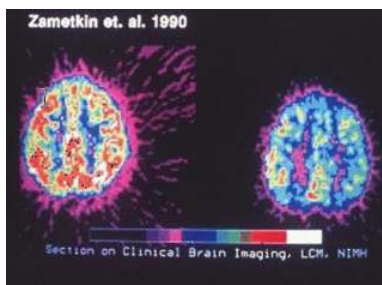


Figura10.6.6: Escaneos cerebrales de cerebros con y sin TDAH. (La imagen de los [Institutos Nacionales de Salud](#) es de dominio público)

Además de los tratamientos bien establecidos descritos anteriormente, algunos padres y terapeutas han probado una variedad de intervenciones nutricionales para tratar el TDA/H. Algunos estudios han encontrado que algunos niños se benefician de tales tratamientos. Sin embargo, no se ha demostrado consistentemente que ninguna intervención nutricional bien establecida sea efectiva para tratar la AD/HD.⁵⁶

Trastorno generalizado del desarrollo (PDD) o PPD (NOS) no especificado de otra manera PDD — NOS

Trastorno generalizado del desarrollo (PDD) es un término utilizado para referirse a dificultades en la socialización y retrasos en el desarrollo de habilidades comunicativas. Esto suele reconocerse antes de los 3 años de edad. Un niño con PDD puede interactuar de maneras inusuales con juguetes, personas o situaciones, y puede participar en movimientos repetitivos. Se diagnostica PDD y el tratamiento es similar al ADHA y el TEA. En 2013 el DSM- 5 suspendió el uso de este como diagnóstico, sin embargo todavía se usa informalmente.⁵⁷

Colaboradores y Atribuciones

42. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) por Judy Baker, Ph.D. está licenciado bajo [CC BY-SA](#) (modificado por Dawn Rymond)

43. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) por Judy Baker, Ph.D. está licenciado bajo [CC BY-SA](#) (modificado por Dawn Rymond)
44. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
46. [Psicología Anormal](#) por Lumen Referencias de aprendizaje [Psicología anormal: ¡Un texto electrónico!](#) por el Dr. Caleb Lack, licenciado bajo [CC BY-NC-SA](#)
47. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) por Judy Baker, Ph.D. está licenciado bajo [CC BY-SA](#)
49. [Psicología Educativa](#) por Kelvin Seifert está licenciado bajo [CC BY 3.0](#)
- [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) por Judy Baker, Ph.D. está licenciado bajo [CC BY-SA](#)
50. El [Trastorno del Espectro Autista](#) por los [NIH](#) es de dominio público
54. [Los síntomas y el diagnóstico del TDAH](#) por parte de los [CDC](#) son de dominio público
56. [Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables](#) por Judy Baker, Ph.D. está licenciado bajo [CC BY-SA](#)
57. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [10.6: Salud Mental Infantil](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

10.7: Manejo de los síntomas- Mantenerse Saludable

Estar sano es importante para todos los niños y puede ser especialmente importante para los niños con trastornos de salud mental. Además de obtener el tratamiento adecuado, llevar un estilo de vida saludable puede desempeñar un papel en el manejo de los síntomas. Aquí hay algunos comportamientos saludables que pueden ayudar:

- Comer una dieta saludable centrada en frutas, verduras, granos integrales, legumbres (por ejemplo, frijoles, guisantes y lentejas), fuentes de proteínas magras y nueces y semillas
- Participar en actividad física durante al menos 60 minutos cada día
- Conseguir la cantidad recomendada de sueño cada noche en función de la edad
- Practicar técnicas de mindfulness o relajación 58



Figura10.7.1: Mantenerse saludable es fundamental para todos los niños, especialmente aquellos que pueden tener trastornos de salud mental. (La imagen de la Infantería de [Marina de los Estados Unidos](#) es de dominio público)

Colaboradores y Atribuciones

58. [Ansiedad y Depresión en Niños](#) por los [CDC](#) es de dominio público

This page titled [10.7: Manejo de los síntomas- Mantenerse Saludable](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

10.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Patrones de crecimiento en el cerebro y el cuerpo
- Salud y nutrición
- Causas y resultados de la obesidad
- Ejercicio, forma física y deportes organizados
- Preocupaciones de salud física
- Trastornos de salud mental

En el siguiente capítulo estaremos examinando teorías y teóricos del desarrollo cognitivo. Aprenderemos sobre el procesamiento de la información, la atención, la memoria y la planeación en la infancia media. También veremos cómo los niños en edad escolar aprenden el lenguaje y cómo se mide la inteligencia.

This page titled [10.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

CHAPTER OVERVIEW

11: Infancia Media - Desarrollo Cognitivo

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Describir lo que comparten los teóricos cognitivos sobre los niños y su pensamiento
2. Explicar cómo se mide la inteligencia, las pruebas utilizadas para evaluar la inteligencia, los extremos en la inteligencia y la preocupación por el sesgo
3. Describir la teoría del procesamiento de la información
4. Explicar varias teorías del desarrollo del lenguaje
5. Compara el desarrollo típico del lenguaje con las dificultades del lenguaje

Las habilidades cognitivas continúan expandiéndose en la infancia media y tardía. Los niños en la infancia media tienen procesos de pensamiento que se vuelven más lógicos y organizados cuando se trata de información concreta. Los niños a esta edad entienden conceptos como pasado, presente y futuro, dándoles la capacidad de planificar y trabajar hacia metas. Además, pueden procesar ideas complejas como sumar y restar y relaciones de causa y efecto.¹

[11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia](#)

[11.2: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget](#)

[11.3: La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner](#)

[11.4: Procesamiento de información- aprendizaje, memoria y resolución de problemas](#)

[11.5: Procesos cognitivos](#)

[11.6: Pruebas de inteligencia - El qué, el por qué y el quién](#)

[11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar](#)

[11.8: Introducción a la Lingüística](#)

[11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés](#)

[11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje](#)

[11.11: Aprender a leer](#)

[11.12: Dificultades de aprendizaje](#)

[11.S: Resumen](#)

Miniatura: pixabay.com/fotos/little-gi... eauty-3070209/

This page titled [11: Infancia Media - Desarrollo Cognitivo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia

Los teóricos son capaces de dar diferentes perspectivas al desarrollo cognitivo de los niños y los psicólogos han debatido durante mucho tiempo la mejor manera de conceptualizar y medir la inteligencia (Sternberg, 2003). En la siguiente sección, veremos la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, la visión alternativa de Sternberg a la inteligencia y la teoría de Gardener de la inteligencia múltiple. Por último, aprenderás sobre la Teoría del Procesamiento de la Información que analiza la función cognitiva de los niños en la infancia media.



Figura 11.1 - Jean Piaget. (La imagen es de dominio público)

This page titled [11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.2: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget

Pensamiento Operativo Concreto

A medida que los niños continúan en la escuela primaria, desarrollan la capacidad de representar ideas y eventos de manera más flexible y lógica. Sus reglas de pensamiento siguen pareciendo muy básicas para los estándares de los adultos y suelen operar inconscientemente, pero permiten a los niños resolver problemas de manera más sistemática que antes, y por lo tanto tener éxito con muchas tareas académicas. En la etapa operativa concreta, por ejemplo, un niño puede seguir inconscientemente la regla: “Si no se agrega ni se quita nada, entonces la cantidad de algo permanece igual”. Este simple principio ayuda a los niños a comprender ciertas tareas aritméticas, como sumar o restar cero de un número, así como a hacer ciertos experimentos de ciencias en el aula, como los que involucran juicios de las cantidades de líquidos cuando se mezclan. Piaget calificó a este periodo la etapa operativa concreta porque los niños “operan” mentalmente sobre objetos y eventos concretos. 3



Figura11.2.1: Niños que estudian. (La imagen está licenciada bajo [CC0](#))

La etapa operativa concreta se define como la tercera en la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. Esta etapa se desarrolla alrededor de los 7 años a los 11 años de edad, y se caracteriza por el desarrollo del pensamiento organizado y racional. Piaget (1954a) consideró la etapa concreta como un importante punto de inflexión en el desarrollo cognitivo del niño, porque marca el inicio del pensamiento lógico u operativo. El niño ahora es lo suficientemente maduro como para usar el pensamiento lógico u operaciones (es decir, reglas) pero solo puede aplicar la lógica a los objetos físicos (de ahí operativos concretos). Los niños adquieren las habilidades de conservación (número, área, volumen, orientación) y reversibilidad.5

Veamos las siguientes habilidades cognitivas que los niños suelen dominar durante la etapa operativa concreta de Piaget.6:



Figura11.2.2: Las habilidades cognitivas desarrolladas durante la etapa operativa concreta. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Seriación: Organizar los elementos a lo largo de una dimensión cuantitativa, como la longitud o el peso, de manera metódica ahora es demostrado por el niño operativo concreto. Por ejemplo, pueden organizar metódicamente una serie de palos de diferentes tamaños en orden por longitud, mientras que los niños más pequeños abordan una tarea similar de manera forática8.

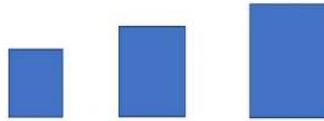


Figura11.2.3: Subtítulo: Poner estos rectángulos de menor a mayor es la seriación. (La imagen de MehReenH tiene licencia [CC BY-SA 4.0](#))

Clasificación: A medida que crecen las experiencias y los vocabularios de los niños, construyen **esquemas** y son capaces de organizar objetos de muchas maneras diferentes. También entienden las jerarquías de clasificación y pueden organizar los objetos en una variedad de clases y subclases.



Figura11.2.4: Esta niña podría usar la clasificación si ordena estos juguetes por color. (La imagen está licenciada bajo [CC0](#))

Reversibilidad: El niño aprende que algunas cosas que han sido cambiadas pueden ser devueltas a su estado original. El agua puede congelarse y luego descongelarse para volverse líquida nuevamente. Pero los huevos no se pueden desrevolver. Las operaciones aritméticas también son reversibles: $2 + 3 = 5$ y $5 - 3 = 2$. Muchas de estas habilidades cognitivas se incorporan al currículo de la escuela a través de problemas matemáticos y en hojas de trabajo sobre qué situaciones son reversibles o irreversibles.



Figura11.2.5: Comprender que los cubitos de hielo se funden es un ejemplo de reversibilidad (La imagen de John Voo está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Conservación: Un ejemplo del pensamiento preoperatorio del niño; si llenaras un vaso alto con 8 onzas de agua este niño pensaría que era “más” que un cuenco corto y ancho lleno de 8 onzas de agua? Los niños operativos concretos pueden entender el concepto de conservación, lo que significa que el cambio de una cualidad (en este ejemplo, altura o nivel del agua) puede ser compensado por cambios en otra cualidad (ancho). En consecuencia, hay la misma cantidad de agua en cada recipiente, aunque uno es más alto y más estrecho y el otro es más corto y ancho.

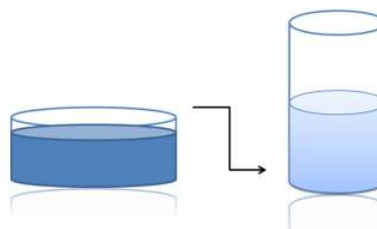


Figura11.2.6: Vasos que muestran la idea de conservación. (La imagen de Ydolem2689 está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Descentración: Los niños operativos concretos ya no se enfocan en una sola dimensión de cualquier objeto (como la altura del vidrio) y en su lugar consideran los cambios en otras dimensiones también (como el ancho del vidrio). Esto permite que se produzca la conservación.



Figura11.2.7: Los niños que miran estas gafas demuestran descentración al observar más de un atributo, es decir, alto, bajo y ancho estrecho. (La imagen de Waterlily16 está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Identidad: Una característica del pensamiento operativo concreto es la comprensión de que los objetos tienen cualidades que no cambian aunque el objeto se altere de alguna manera. Por ejemplo, la masa de un objeto no cambia al reordenarlo. Un trozo de tiza sigue siendo tiza incluso cuando la pieza se rompe en dos. 14



Figura11.2.8: Un huevo roto sigue siendo un huevo. (La imagen de John Liu está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))



Figura11.2.9: Un globo desinflado sigue siendo un globo. (La imagen está licenciada bajo CC0)



Figura11.2.10: La tiza rota sigue siendo tiza. (Imagen de Pexels)

Transitividad: Ser capaz de entender cómo se relacionan los objetos entre sí se denomina transitividad o inferencia transitiva. Esto significa que si uno entiende que un perro es un mamífero y que un boxeador es un perro, entonces un boxeador debe ser un mamó.18



Figura11.2.11: La transitividad permite a los niños entender que este cachorro boxeador, es un perro y un mamífero. (Imagen de [Martin Vorel](#) es de dominio público)

Mirando la teoría de Piaget

Los investigadores han obtenido hallazgos que indican que el desarrollo cognitivo es considerablemente más continuo de lo que afirmó Piaget. Así, el debate entre quienes enfatizan los cambios discontinuos y escalonados en el desarrollo cognitivo y quienes enfatizan los cambios continuos graduales sigue siendo vivo.20

Teoría triárquica de la inteligencia

Una visión alternativa de la inteligencia es presentada por Sternberg (1997; 1999). Sternberg ofrece tres tipos de inteligencias. Sternberg proporcionó información de antecedentes sobre su visión de la inteligencia en una conferencia, donde describió su frustración como miembro del comité encargado de seleccionar estudiantes graduados para un programa de psicología. Le preocupaba que se pusiera demasiado énfasis en los puntajes de las pruebas de aptitud (lo discutiremos más adelante en el capítulo) y creía que había otras cualidades, menos fáciles de medir, necesarias para el éxito en un programa de posgrado y en el mundo laboral. Los puntajes de las pruebas de aptitud indican el primer tipo de inteligencia-académica

1. Analítico (componencial) a veces descrito como académico: incluye la capacidad de resolver problemas de lógica, comprensión verbal, vocabulario y habilidades espaciales. 2. Creativo (experiencial): la capacidad de aplicar habilidades recién descubiertas a situaciones novedosas 3. Práctico (contextual): la capacidad de usar el sentido común y de conocer lo que se llama en una situación. 21

Analítica



Figura11.2.12: La lectura admite inteligencia analítica (Imagen licenciada bajo CC0)

Creativo



Figura11.2.13: Construyendo con espectáculos de inteligencia creativa (Imagen licenciada bajo CC0)

Práctico



Figura11.2.14: Navegar por entornos sociales es inteligencia práctica (La imagen de Steven Depolo está licenciada bajo CC BY 2.0)

Colaboradores y Atribuciones

3. Psicología Educativa por OpenStax CNX está licenciado bajo CC BY 4.0
5. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
6. Concrete Operational Stage Image by Simply Psychology está licenciado bajo CC BY-NC-ND 3.0; Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
8. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
14. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
18. La transitivity de Boundless está licenciada bajo CC BY-SA 4.0
20. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

21. [Desarrollo de la vida útil — Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, que está licenciado bajo [CC BY 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

This page titled [11.2: Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

11.3: La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner

Otro campeón de la idea de tipos específicos de inteligencias en lugar de una inteligencia general es el psicólogo Howard Gardner (1983, 1999). Gardner argumentó que sería evolutivamente funcional que diferentes personas tuvieran diferentes talentos y habilidades, y propuso que hay nueve inteligencias que se pueden diferenciar entre sí.



Figura11.3.1: Howard Gardner. (La imagen de [Interaction-Design.org](https://www.interaction-design.org) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/))

Gardner sostiene que estas son también formas de inteligencia. Un coeficiente intelectual alto no siempre asegura el éxito en la vida o necesariamente indica que una persona tiene sentido común, buenas habilidades interpersonales u otras habilidades importantes para el éxito. Gardner investigó las inteligencias enfocándose en niños que tenían talento en una o más áreas. Identificó estas 9 inteligencias con base en otros criterios incluyendo un conjunto de historia de desarrollo y hallazgos psicométricos²⁶.

Howard Gardner (1983, 1998, 1999) sugiere que no hay uno, sino nueve dominios de inteligencia. Las tres primeras son habilidades que se miden mediante pruebas de coeficiente intelectual:

Tabla11.3.1: Las inteligencias múltiples de Howard Gardner ([Lifespan Development: A Psychological Perspective](https://www.lifespandevelopment.com/) de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/); Tabla adaptada de Gardner, H. (1999). *Inteligencia replanteada: Inteligencias múltiples para el siglo XXI*. Nueva York, NY: Libros Básicos.)

Inteligencia	Descripción
Lingüística	La capacidad de hablar y escribir bien
Lógica-matemática	La capacidad de utilizar habilidades lógicas y matemáticas para resolver problemas
Espaciales	La capacidad de pensar y razonar sobre objetos en tres dimensiones
Musical	La capacidad de interpretar y disfrutar de la música
Kinestésico (cuerpo)	La capacidad de mover el cuerpo en deportes, danza u otras actividades físicas
Interpersonal	La capacidad de entender e interactuar eficazmente con los demás
Intrapersonal	La capacidad de tener una visión del yo
Naturalista	La capacidad de reconocer, identificar y comprender animales, plantas y otros seres vivos
Existencial	La capacidad de comprender y tener preocupación por las preguntas más amplias de la vida, el sentido de la vida y otros asuntos espirituales

El concepto de inteligencias múltiples ha sido influyente en el campo de la educación, y los profesores han utilizado estas ideas para tratar de enseñar de manera diferente para los estudiantes individuales. Por ejemplo, para enseñar problemas de matemáticas a estudiantes que tienen una inteligencia cinestésica particularmente buena, un maestro podría alentar a los estudiantes a mover sus cuerpos o manos de acuerdo con los números. Por otro lado, algunos han argumentado que estas “inteligencias” a veces parecen más como “habilidades” o “talentos” en lugar de inteligencia real. No hay una conclusión clara sobre cuántas inteligencias hay. ¿El sentido del humor, las habilidades artísticas, las habilidades dramáticas, etc. también son inteligencias separadas? 28

Colaboradores y Atribuciones

26. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

28. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.3: La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.4: Procesamiento de información- aprendizaje, memoria y resolución de problemas

Durante la infancia media y tardía los niños avanzan en varias áreas de la función cognitiva, incluyendo la capacidad de la memoria de trabajo, su capacidad de prestar atención y su uso de estrategias de memoria. Tanto los cambios en el cerebro como en la experiencia fomentan estas habilidades. En esta sección, veremos cómo los niños procesan la información, piensan y aprenden, lo que les permite aumentar su capacidad de aprender y recordar debido a una mejora en las formas en que atienden, almacenan información y resuelven problemas.²⁹

Memoria de trabajo: La capacidad de la memoria de trabajo se expande durante la infancia media y tardía, las investigaciones han sugerido que tanto un aumento en la velocidad de procesamiento como la capacidad de inhibir la entrada de información irrelevante a la memoria están contribuyendo a una mayor eficiencia de la memoria de trabajo durante esta edad (de Ribaupierre, 2002). Los cambios en la **mielinización** y la **poda sináptica** en la **corteza** probablemente estén detrás del aumento en la velocidad de procesamiento y la capacidad de filtrar estímulos irrelevantes (Kail, McBride-chang, Ferrer, Cho, & Shu, 2013).

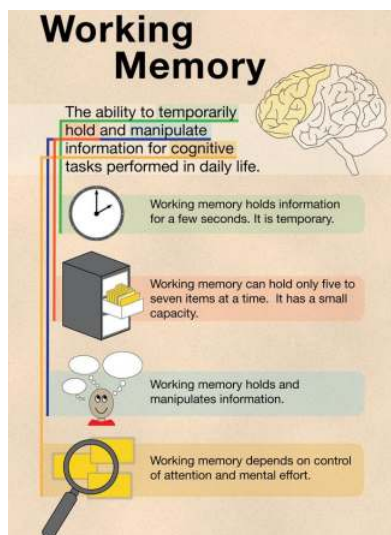


Figura11.4.1: La memoria de trabajo se expande durante la infancia media y tardía. (La imagen de Anchor está licenciada bajo CC BY-NC-SA)

Atención: Como se señaló anteriormente, la capacidad de inhibir información irrelevante mejora durante este grupo etario, con una fuerte mejoría en la atención selectiva desde los seis años hasta la adolescencia (Vakil, Blachstein, Sheinman, & Greenstein, 2009). Los niños también mejoran en su capacidad de cambiar su atención entre tareas o diferentes características de una tarea (Carlson, Zelazo, & Faja, 2013). Un niño más pequeño al que se le pide clasificar los objetos en pilas según el tipo de objeto, el automóvil contra el animal, o el color del objeto, rojo versus azul, probablemente no tendría problemas para hacerlo. Pero si les pides que cambien de la clasificación basada en el tipo a ahora tenerlos ordenar según el color, tendrían dificultades porque esto requiere que supriman la regla de clasificación anterior. Un niño mayor tiene menos dificultad para hacer el cambio, lo que significa que hay mayor flexibilidad en sus habilidades intencionales. Estos cambios en la atención y la memoria de trabajo contribuyen a que los niños tengan enfoques más estratégicos para las tareas desafiantes.

Memory Strategies: Bjorklund (2005) describe una progresión del desarrollo en la adquisición y uso de estrategias de memoria. Tales estrategias suelen faltar en los niños más pequeños, pero aumentan en frecuencia a medida que los niños avanzan por la escuela primaria. Ejemplos de estrategias de memoria incluyen ensayar información que desea recordar, visualizar y organizar información, crear rimas, como “i” antes de “e” excepto después de “c”, o inventar acrónimos, como “roygbiv” para recordar los colores del arco iris. Schneider, Kron-Sperl y Hünnerkopf (2009) reportaron un aumento constante en el uso de estrategias de memoria de seis a diez años en su estudio longitudinal. Además, a los diez años muchos niños usaban dos o más estrategias de memoria para ayudarlos a recordar información. Schneider y sus colegas encontraron que había considerables diferencias individuales a cada edad en el uso de estrategias y que los niños que utilizaban más estrategias tenían mejor rendimiento de memoria que sus compañeros de la misma edad.

Colaboradores y Atribuciones

29. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.4: Procesamiento de información- aprendizaje, memoria y resolución de problemas](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.5: Procesos cognitivos

A medida que los niños ingresan a la escuela y aprenden más sobre el mundo, desarrollan más categorías de conceptos y aprenden estrategias más eficientes para almacenar y recuperar información. Una razón importante es que siguen teniendo más experiencias sobre las que atar nueva información. Es decir, su **base de conocimientos**, conocimiento en áreas particulares que facilita el aprendizaje de nueva información, se expande (Berger, 2014).



Figura11.5.1: A medida que los niños aprenden más sobre el mundo, su base de conocimientos crece. (La imagen está licenciada bajo [CC0](#))

Metacognición: se refiere al conocimiento que tenemos sobre nuestro propio pensamiento y nuestra capacidad de utilizar esta conciencia para regular nuestros propios procesos cognitivos (Bruning, Schraw, Norby, & Ronning, 2004). Los niños en esta etapa de desarrollo también tienen una mejor comprensión de lo bien que están realizando una tarea y el nivel de dificultad de una tarea. A medida que se vuelven más realistas sobre sus habilidades, pueden adaptar estrategias de estudio para satisfacer esas necesidades. Los niños pequeños dedican tanto tiempo a un aspecto sin importancia de un problema como lo hacen en el punto principal, mientras que los niños mayores comienzan a aprender a priorizar y medir lo que es significativo y lo que no. En consecuencia, desarrollan metacognición.

El **pensamiento crítico**, o un examen detallado de creencias, cursos de acción y evidencia, implica enseñar a los niños a pensar. El propósito del pensamiento crítico es evaluar la información de manera que nos ayude a tomar decisiones informadas. El pensamiento crítico implica comprender mejor un problema a través de la recopilación, evaluación y selección de información, y también considerando muchas soluciones posibles. Ennis (1987) identificó varias habilidades útiles en el pensamiento crítico. Estos incluyen: Analizar argumentos, aclarar información, juzgar la credibilidad de una fuente, hacer juicios de valor y decidir sobre una acción. La metacognición es esencial para el pensamiento crítico porque nos permite reflexionar sobre la información a medida que tomamos decisiones.

Los niños difieren en su proceso cognitivo y estas diferencias predicen tanto su preparación para la escuela, el rendimiento académico y las pruebas en la escuela. (Prebler, Krajewski, & Hasselhorn, 2013) .32

Colaboradores y Atribuciones

32. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.5: Procesos cognitivos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.6: Pruebas de inteligencia - El qué, el por qué y el quién

Medición de inteligencia: estandarización y cociente de inteligencia

El objetivo de la mayoría de las pruebas de inteligencia es medir “g”, el factor de inteligencia general. Las buenas pruebas de inteligencia son **confiables**, es decir, que son consistentes a lo largo del tiempo, y también demuestran **validez**, es decir, que en realidad miden la inteligencia en lugar de otra cosa. Debido a que la inteligencia es una parte tan importante de las diferencias individuales, los psicólogos han invertido un esfuerzo sustancial en crear y mejorar medidas de inteligencia, y estas pruebas ahora se consideran las más precisas de todas las pruebas psicológicas.

La inteligencia cambia con la edad. Un niño de 3 años que pudiera multiplicar con precisión 183 por 39 sin duda sería inteligente, pero un joven de 25 años que no pudiera hacerlo sería visto como poco inteligente. Por lo tanto, comprender la inteligencia requiere que conozcamos las normas o estándares en una población determinada de personas a una edad determinada. La **estandarización** de una prueba implica entregarla a un gran número de personas de diferentes edades y calcular la puntuación promedio en la prueba en cada nivel de edad.

Una vez que se ha logrado la estandarización, tenemos una imagen de las habilidades promedio de las personas de diferentes edades y podemos calcular la **edad mental** de una persona, que es la edad a la que una persona se está desempeñando intelectualmente. Si comparamos la edad mental de una persona con la edad cronológica de la persona, el resultado es el **Cociente de Inteligencia (CI)**, una medida de inteligencia que se ajusta para la edad. Una forma sencilla de calcular el coeficiente intelectual es mediante la siguiente fórmula:

$$\text{CI} = \text{edad mental} \div \text{edad cronológica} \times 100.$$

Así, un niño de 10 años que lo hace tan bien como el niño promedio de 10 años tiene un coeficiente intelectual de 100 ($10 \div 10 \times 100$), mientras que un niño de 8 años que lo hace tan bien como el niño promedio de 10 años tendría un coeficiente intelectual de 125 ($10 \div 8 \times 100$). La mayoría de las pruebas de inteligencia modernas se basan en la posición relativa de la puntuación de una persona entre personas de la misma edad, más que en base a esta fórmula, pero la idea de inteligencia “ratio” o “cociente” proporciona una buena descripción del significado de la puntuación.

El efecto Flynn

Es importante que las pruebas de inteligencia se estandaricen de manera regular, ya que el nivel general de inteligencia en una población puede cambiar con el tiempo. El efecto Flynn se refiere a la observación de que las puntuaciones en las pruebas de inteligencia a nivel mundial han aumentado sustancialmente en las últimas décadas (Flynn, 1999). Si bien el incremento varía algo de un país a otro, el incremento promedio es de unos 3 puntos de coeficiente intelectual cada 10 años. Hay muchas explicaciones para el efecto Flynn, incluyendo una mejor nutrición, un mayor acceso a la información y una mayor familiaridad con las pruebas de opción múltiple (Neisser, 1998). Pero si la gente en realidad se está volviendo más inteligente es discutible (Neisser, 1997). 33

El valor de las pruebas de coeficiente intelectual

El valor de las pruebas de CI es más evidente en entornos educativos o clínicos. Los niños que parecen estar experimentando dificultades de aprendizaje o problemas graves de conducta pueden ser evaluados para determinar si las dificultades del niño pueden atribuirse en parte a un puntaje de CI que es significativamente diferente de la media para su grupo de edad. Sin pruebas de coeficiente intelectual, u otra medida de inteligencia, los niños y adultos que necesitan apoyo adicional podrían no ser identificados de manera efectiva. Las personas también utilizan los resultados de las pruebas de CI para buscar beneficios por discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Mientras que las pruebas de CI a veces se han utilizado como argumentos en apoyo de propósitos insidiosos, como el **movimiento eugenésico**, que fue la ciencia de mejorar una población humana mediante la reproducción controlada para aumentar las características heredables deseables. Sin embargo, el valor de esta prueba es importante para ayudar a los necesitados. 34

Pruebas de inteligencia y quienes las crearon

Alfred Binet y Théodore Simon - Stanford- Binet Prueba de Inteligencia

De 1904- 1905 el psicólogo francés Alfred Binet (1857—1914) y su colega Théodore Simon (1872—1961) comenzaron a trabajar en nombre del gobierno francés para desarrollar una medida que identificara a niños que no tendrían éxito con el currículo escolar regular. El objetivo era ayudar a los maestros a educar mejor a estos alumnos (Aiken, 1994).

Binet y Simon desarrollaron lo que la mayoría de los psicólogos hoy en día consideran como la primera prueba de inteligencia, que consistió en una amplia variedad de preguntas que incluyeron la capacidad de nombrar objetos, definir palabras, dibujar dibujos, completar oraciones, comparar elementos y construir oraciones. Binet y Simon (Binet, Simon, & Town, 1915; Siegler, 1992) creían que las preguntas que hacían a los niños evaluaban todas las habilidades básicas para entender, razonar y emitir juicios.

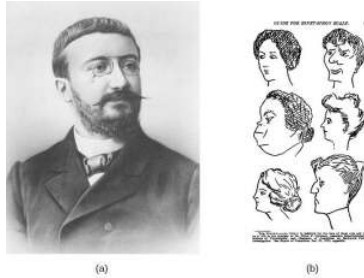


Figura 11.6.1: Alfred Binet (b) Esta página es de una versión de 1908 de la Escala de Inteligencia Binet-Simon. A los niños que estaban siendo evaluados se les preguntó qué cara, de cada pareja, era más bonita. (Las imágenes son de dominio público)

Poco después de que Binet y Simon introdujeran su prueba, el psicólogo estadounidense Lewis Terman de la Universidad de Stanford (1877—1956) desarrolló una versión estadounidense de la prueba de Binet que se conoció como la **Prueba de Inteligencia Stanford- Binet**. El Stanford-Binet es una medida de inteligencia general compuesta por una amplia variedad de tareas que incluyen vocabulario, memoria para imágenes, denominación de objetos familiares, repetición de oraciones y siguientes comandos.³⁶

David Wechsler- Escala de Inteligencia de Wechsler-Bellevue

En 1939, David Wechsler, psicólogo que pasó parte de su carrera trabajando con veteranos de la Primera Guerra Mundial, desarrolló una nueva prueba de coeficiente intelectual en Estados Unidos. Wechsler combinó varias subpruebas de otras pruebas de inteligencia utilizadas entre 1880 y la Primera Guerra Mundial. Estas subpruebas aprovecharon una variedad de habilidades verbales y no verbales, porque Wechsler creía que la inteligencia abarcaba “la capacidad global de una persona para actuar a propósito, pensar racionalmente y tratar efectivamente con su entorno” (Wechsler, 1958, p. 7). Nombró a la prueba la **Escala de Inteligencia de Wechsler-Bellevue** (Wechsler, 1981). Esta combinación de subpruebas se convirtió en una de las pruebas de inteligencia más utilizadas en la historia de la psicología.



Figura 11.6.2: David Wechsler (Imagen de Comet Photo AG (Zürich)) está bajo la licencia [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

En la actualidad, hay tres pruebas de inteligencia acreditadas a Wechsler, la Wechsler Adult Intelligence Scale—cuarta edición (WAIS-IV), la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-V) y la Wechsler Preescolar y Primaria Escala de Inteligencia—Revisado (WPPSI-III) (Wechsler, 2002). Estas pruebas son ampliamente utilizadas en escuelas y comunidades de todo Estados Unidos, y periódicamente se normalizan y estandarizan como medio de recalibración.

Sesgo de las pruebas de CI

Las pruebas de inteligencia y las definiciones psicológicas de la inteligencia han sido fuertemente criticadas desde la década de 1970 por estar sesgadas a favor de los encuestados angloamericanos, de clase media y por ser herramientas inadecuadas para medir tipos de inteligencia o talento no académicos. La inteligencia cambia con la experiencia, y los cocientes o puntajes de inteligencia no reflejan esa capacidad de cambio. Lo que se considera inteligente también varía culturalmente, y la mayoría de las pruebas de inteligencia no toman en cuenta esta variación. Por ejemplo, en Occidente, ser inteligente se asocia con ser rápido. Una persona que

responde una pregunta más rápido es vista como la más inteligente, pero en algunas culturas ser inteligente se asocia con considerar una idea a fondo antes de dar una respuesta. Una respuesta bien pensada y contemplativa es la mejor respuesta.³⁸

Un espectro de desarrollo intelectual

Los resultados de estudios que evalúan la medición de inteligencia muestran que el coeficiente intelectual se distribuye en la población en forma de una **Distribución Normal (o curva de campana)**, que es el patrón de puntajes generalmente observado en una variable que se agrupa alrededor de su promedio. En una distribución normal, el grueso de los puntajes cae hacia el medio, con muchos menos puntajes cayendo en los extremos. La distribución normal de la inteligencia muestra que en las pruebas de coeficiente intelectual, así como en la mayoría de las otras medidas, la mayoría de las personas se agrupan alrededor del promedio (en este caso, donde CI = 100), y menos son o bien muy inteligentes o muy aburridos (ver abajo).

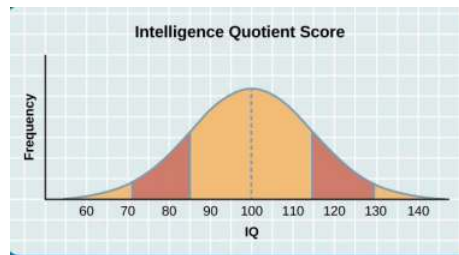


Figura11.6.3: La mayoría de las personas tienen un puntaje de CI entre 85 y 115. (Imagen de [CNX Psychology](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Distribución de los puntajes de coeficiente intelectual en la población general

Esto significa que alrededor del 2% de las personas puntúan por encima de un coeficiente intelectual de 130, a menudo considerado el umbral para la superdotación, y aproximadamente el mismo puntaje porcentual por debajo de un coeficiente intelectual de 70, a menudo siendo considerado el umbral para una discapacidad intelectual.

Discapacidades intelectuales

Un extremo de la distribución de los puntajes de inteligencia lo definen las personas con un coeficiente intelectual muy bajo. La **discapacidad intelectual** (o **trastorno del desarrollo intelectual**) se evalúa con base en la capacidad cognitiva (CI) y el funcionamiento adaptativo. La gravedad de la discapacidad se basa en el funcionamiento adaptativo, o en lo bien que la persona maneja las tareas de la vida cotidiana. Alrededor del 1% de la población de Estados Unidos, la mayoría de ellos varones, cumplen los criterios para el trastorno del desarrollo intelectual, pero algunos niños a los que se les da este diagnóstico pierden la clasificación a medida que crecen y aprenden mejor a funcionar en la sociedad. Una vulnerabilidad particular de las personas con bajo coeficiente intelectual es que pueden ser aprovechadas por otros, y este es un aspecto importante de la definición de trastorno del desarrollo intelectual (Greenspan, Loughlin, & Black, 2001).

Un ejemplo de un trastorno del desarrollo intelectual es **el síndrome de Down**, un trastorno cromosómico causado por la presencia de todo o parte de un cromosoma 21 extra. La incidencia del síndrome de Down se estima en aproximadamente 1 por cada 700 nacimientos, y la prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad de la madre (CDC, 2014a). Las personas con síndrome de Down suelen exhibir un patrón distintivo de características físicas, que incluyen una nariz plana, un ojo inclinado hacia arriba, una lengua sobresaliente y un cuello corto.



Figura11.6.4: El Síndrome de Down es causado por la presencia de todo o parte de un cromosoma 21 extra. (Imagen de [Vanellus Foto](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Afortunadamente, las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad intelectual han cambiado en las últimas décadas. Ya no usamos términos como “retardado”, “imbécil”, “idiotia” o “imbécil” para describir a las personas con diferencias intelectuales, aunque estos eran los términos psicológicos oficiales utilizados para describir grados de lo que en el pasado se denominaba retraso mental. Leyes como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) han hecho que sea ilegal discriminar por motivos de discapacidad mental y física.

La distribución normal de los puntajes de CI en la población general muestra que la mayoría de las personas tienen aproximadamente la inteligencia promedio, mientras que muy pocas tienen una inteligencia extremadamente alta o extremadamente baja.⁴¹

Superdotación

Ser **dotado** se refiere a niños que tienen un coeficiente intelectual de 130 o superior (Lally & Valentine-French, 2015). Tener un coeficiente intelectual extremadamente alto es claramente un problema menor que tener un coeficiente intelectual extremadamente bajo, pero también puede haber desafíos para ser particularmente inteligente. A menudo se asume que los escolares que son etiquetados como “superdotados” pueden tener problemas de ajuste que les dificultan la creación y el mantenimiento de relaciones sociales.

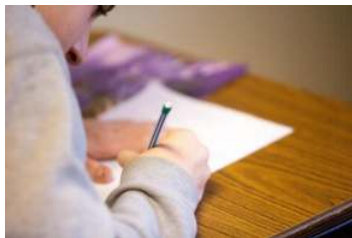


Figura11.6.5: Los niños que obtienen una puntuación en una prueba de inteligencia que muestra un coeficiente intelectual de 130 o superior son etiquetados como superdotados. (Imagen de Ben Mullins en Unsplash)

Como cabría esperar con base en nuestra discusión sobre la inteligencia, también existen diferentes tipos y áreas de inteligencia y superdotación. Algunos niños son particularmente buenos en matemáticas o ciencias, algunos en reparación de automóviles o carpintería, algunos en música o arte, algunos en deportes o liderazgo, etc. Existe un animado debate entre los académicos sobre si es apropiado o beneficioso etiquetar a algunos niños como “dotados y talentosos” en la escuela y brindarles clases especiales aceleradas y otros programas que no están al alcance de todos. Aunque hacerlo puede ayudar a los niños superdotados (Colangelo & Assouline, 2009), también puede aislarlos de sus compañeros y hacer que tales provisiones no estén disponibles para aquellos que no están clasificados como “dotados”. Las pruebas para detectar un coeficiente intelectual alto o para discapacidades deben analizarse críticamente para que el bien para el que se crearon estas pruebas no se use con fines indeseables.⁴³

¿Cómo sabemos tanto sobre lo que los niños aprenden en las escuelas? En la siguiente sección veremos los diferentes tipos de pruebas y lo que están probando las escuelas.

Pruebas en Escuelas

El rendimiento académico de los niños a menudo se mide con el uso de pruebas estandarizadas. Esas pruebas incluyen, pero no se limitan a las pruebas de Logro y Aptitud.



Figura11.6.6: Se utilizan pruebas estandarizadas para medir el rendimiento académico. (Imagen de Marine Corps Base Hawaii es de dominio público)

Las pruebas de logro se utilizan para medir lo que un niño ya ha aprendido. Las pruebas de logro a menudo se usan como medidas de efectividad docente dentro de un entorno escolar y como un método para hacer que las escuelas que reciben dólares de

impuestos (como escuelas públicas, escuelas charter y escuelas privadas que reciben vales) rindan cuentas ante el gobierno por su desempeño.

Las pruebas de aptitud están diseñadas para medir la capacidad de un estudiante para aprender o para determinar si una persona tiene potencial en un programa en particular. Estos se utilizan a menudo al comienzo de un curso de estudio o como parte de los requisitos de ingreso a la universidad. La Prueba de Aptitud Escolástica (SAT) y la Prueba Preliminar de Aptitud Escolástica (PSAT) son quizás las pruebas de aptitud más familiares para los estudiantes en los grados 6 y superiores. Aprender habilidades para tomar exámenes y prepararse para los SAT se ha convertido en parte de la formación que algunos estudiantes de estos grados reciben como parte de su preparación preuniversitaria. Otras pruebas de aptitud incluyen el MCAT (Medical College Admission Test), el LSAT (Law School Admission Test) y el GRE (Graduate Record Examination). Las pruebas de inteligencia también son una forma de prueba de aptitud, que está diseñada para medir la capacidad de aprendizaje.⁴⁵

¿Qué pasó con ningún niño dejado atrás?

En 2001, el presidente Bush entró en vigor la Ley Pública 107-110, mejor conocida como la **Ley No Child Left Behind** que ordena que las escuelas administren pruebas de rendimiento a los estudiantes y publiquen esos resultados para que los padres tengan una idea del desempeño de sus hijos. Adicionalmente, el gobierno contaría con información sobre las brechas en el logro educativo entre niños de diversas clases sociales, raciales y grupos étnicos.

Las escuelas que mostraron brechas significativas en estos niveles de desempeño fueron obligadas a trabajar para reducir estas brechas. Los educadores criticaron la política por centrarse demasiado en las pruebas como el único indicio del desempeño estudiantil. Los objetivos objetivos fueron considerados poco realistas y establecidos por el gobierno federal y no por estados individuales. Debido a que estos requisitos se volvieron cada vez más inoperables para las escuelas, se solicitaron cambios a la ley.



Figura11.6.7: La Ley No Child Left Behind entró en vigor en 2001. (La imagen es de dominio público)



Figura11.6.8: En 2015 entró en vigor la Ley Todo Estudiante Sucede. (La imagen es de dominio público)

El 12 de diciembre de 2015 el presidente Obama promulgó como ley la Ley **Todo Estudiante Sucede** (ESSA). Esta ley es impulsada por el estado y se enfoca en expandir las oportunidades educativas y mejorar los resultados de los estudiantes, incluso en las áreas de graduación de la escuela secundaria, tasas de abandono escolar y asistencia a la universidad.⁴⁸

Colaboradores y Atribuciones

33. [Introducción a la Psicología - Medidas de Inteligencia](#) referencias [Psicología](#) por [OpenStax CNX](#), licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

34. [Introducción a la Psicología - Medidas de Inteligencia](#) referencias [Psicología](#) por [OpenStax CNX](#), licenciado bajo [CC BY 4.0](#) (modificado por Dawn Rymond)

36. [Introducción a la Psicología - Medidas de Inteligencia](#) referencias [Psicología](#) por [OpenStax CNX](#), licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

38. [Sociología: Breve Edición — Agentes de Socialización](#) por Steven E. Barkan está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

[Introducción a la Psicología - Medidas de Inteligencia](#) referencias [Psicología](#) por [OpenStax CNX](#), licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

41. [Introducción a la Psicología - Medidas de Inteligencia](#) referencias [Psicología](#) por [OpenStax CNX](#), licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

43. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
45. [Sociología: Breve Edición — Agentes de Socialización](#) por Steven E. Barkan está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
48. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.6: Pruebas de inteligencia - El qué, el por qué y el quién](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar

El lenguaje humano es el comportamiento más complejo del planeta y, al menos hasta donde sabemos, en el universo. El lenguaje implica tanto la capacidad de comprender palabras (receptivas) habladas y escritas (expresivas) como de crear comunicación en tiempo real cuando hablamos o escribimos. La mayoría de los idiomas son orales, generados a través del habla. Hablar implica una variedad de procesos cognitivos, sociales y biológicos complejos que incluyen el funcionamiento de las cuerdas vocales, y la coordinación de la respiración con los movimientos de la garganta y la boca, y la lengua. Otras lenguas son las lenguas de señas, en las que la comunicación se expresa mediante movimientos de las manos. El lenguaje de señas más común es el lenguaje de señas americano (ASL), actualmente hablado por más de 500,000 personas solo en Estados Unidos.

Aunque el lenguaje se suele utilizar para la transmisión de información (“girar a la derecha en el siguiente semáforo y luego ir recto”, “Colocar la pestaña A en la ranura B”), esta es solo su función más mundana. El lenguaje también nos permite acceder al conocimiento existente, sacar conclusiones, establecer y lograr metas, y comprender y comunicar relaciones sociales complejas. El lenguaje es fundamental para nuestra capacidad de pensar, y sin él, no estaríamos ni cerca de lo inteligentes que somos.

El lenguaje se puede conceptualizar en términos de sonidos, significado y los factores ambientales que nos ayudan a entenderlo. Los fonemas son los sonidos elementales de nuestra lengua, los morfemas son las unidades más pequeñas de significado en un lenguaje, la sintaxis es el conjunto de reglas gramaticales que controlan cómo se juntan las palabras, y la información contextual es los elementos de comunicación que no forman parte del contenido del lenguaje sino que nos ayudan entender su significado. Comprender cómo funciona el lenguaje significa llegar a muchas ramas de la psicología, desde el funcionamiento **neurológico** básico hasta el procesamiento **cognitivo** de alto nivel. El lenguaje da forma a nuestras interacciones sociales y pone orden en nuestras vidas. El lenguaje complejo es uno de los factores definitorios que nos hacen humanos.⁴⁹

Colaboradores y Atribuciones

49. [Psicología Inicial — Inteligencia y Lenguaje](#) de Charles Stangor está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.8: Introducción a la Lingüística

El lenguaje es un tema tan especial que hay todo un campo, la lingüística, dedicado a su estudio. La lingüística ve el lenguaje de manera objetiva, utilizando el **método científico** y la investigación rigurosa para formar **teorías** sobre cómo los humanos adquieren, usan y, a veces, abusan del lenguaje. Existen algunas ramas importantes de la lingüística, que es útil comprender para aprender sobre el lenguaje desde una perspectiva psicológica.

Ramas Mayores de la Lingüística

Este diagrama describe los diversos subcampos de la lingüística, el estudio del lenguaje. Estos incluyen fonética, fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

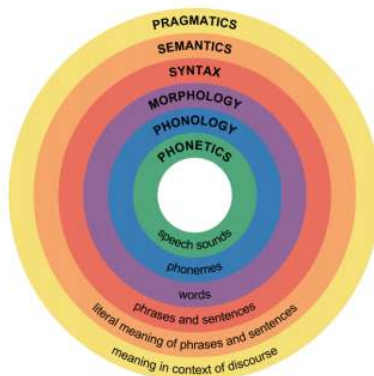


Figura11.8.1: Ramas principales de la lingüística. (La imagen es de dominio público)

Fonética y Fonología

Un **fonema** es la unidad de sonido más pequeña que marca una diferencia significativa en un idioma. La palabra “bit” tiene tres fonemas, /b/, /i/, y /t/ (en la transcripción, los fonemas se colocan entre cortes), y la palabra “pit” también tiene tres: /p/, /i/, y /t/. En las lenguas habladas, los fonemas son producidos por las posiciones y movimientos del tracto vocal, incluyendo nuestros labios, dientes, lengua, cuerdas vocales y garganta, mientras que en las lenguas de signos los fonemas se definen por las formas y el movimiento de las manos. El inglés contiene alrededor de 45 fonemas.

Mientras que los fonemas son las unidades más pequeñas de sonido en el lenguaje, la **fonética** es el estudio de los sonidos del habla individuales; la **fonología** es el estudio de los fonemas, que son los sonidos del habla de una lengua individual. Estos dos subcampos fuertemente superpuestos cubren todos los sonidos que los humanos pueden hacer, así como qué sonidos componen diferentes lenguajes.

Morfema y Morfología

Un **morfema** es una cadena de uno o más fonemas que conforma las unidades más pequeñas de significado en un idioma. Algunos morfemas, como las palabras de una letra como “yo” y “a”, también son fonemas, pero la mayoría de los morfemas están compuestos por combinaciones de fonemas. Algunos morfemas son prefijos y sufijos utilizados para modificar otras palabras. Por ejemplo, la sílaba “re-” como en “reescribir” o “pagar” significa “volver a hacer”, y el sufijo “-est” como en “más feliz” o “más fresco” significa “al máximo”.

La **morfología** es el estudio de palabras y otras unidades significativas del lenguaje como sufijos y prefijos. Un morfológico estaría interesado en la relación entre palabras como “perro” y “perros” o “caminar” y “caminar”, y cómo la gente descubre las diferencias entre esas palabras.

Sintaxis

La **sintaxis** es el conjunto de reglas de un lenguaje mediante el cual construimos oraciones. Cada idioma tiene una sintaxis diferente. La sintaxis del idioma inglés requiere que cada oración tenga un sustantivo y un verbo, cada uno de los cuales puede ser modificado por adjetivos y adverbios. Algunas sintaxis hacen uso del orden en que aparecen las palabras, mientras que otras no.

La sintaxis es el estudio de oraciones y frases, o cómo las personas ponen las palabras en el orden correcto para que puedan comunicarse de manera significativa. Todos los lenguajes tienen reglas subyacentes de sintaxis que, junto con las reglas morfológicas, conforman la gramática de cada idioma. Un ejemplo de sintaxis que entra en juego en el lenguaje es “Eugene caminó al perro” versus “El perro paseaba a Eugene”. El orden de las palabras no es arbitrario, para que la oración transmita el significado pretendido, las palabras deben estar en cierto orden.⁵¹

Semántica y Pragmática

Semántica, generalmente, se trata del significado de las oraciones. Alguien que estudia semántica está interesado en las palabras y qué objeto o concepto del mundo real denotan esas palabras, o señalan.

La **pragmática** es un campo aún más amplio que estudia cómo el contexto de una oración contribuye al significado. Por ejemplo, alguien gritando “¡Fuego!” tiene un significado muy diferente si están a cargo de un saludo de siete armas que si están sentados en una sala de cine abarrotada. Cada idioma es diferente. En inglés, un adjetivo viene antes de un sustantivo (“red house”), mientras que en español, el adjetivo viene después (“casa [house] roja [red].”) En alemán, puedes juntar sustantivo tras sustantivo para formar palabras compuestas gigantes; en chino, el tono de tu voz determina el significado de tus palabras. en lenguaje de señas americano, puedes transmitir oraciones gramaticales completas con tiempo y aspecto moviendo las manos y la cara. Pero todos los lenguajes tienen bases estructurales que las hacen lógicas para las personas que las hablan y las entienden.⁵²



Figura 11.8.2: Como hablantes de chino, estos chicos entenderían la importancia del tono. (Imagen de [joan vila](#) está licenciada bajo CC BY 2.0)

Lenguaje Cognitivo y Comunicación

Al aprender uno o más idiomas en la infancia media, los niños son capaces de entender que hay muchas partes complejas, incluida la comprensión, la fluidez y el significado al comunicarse. Las siguientes son áreas de lenguaje cognitivo y comunicación.

Léxico

Cada idioma tiene sus reglas, que actúan como marco para una comunicación significativa. Pero, ¿con qué la gente llena ese marco? La respuesta son, por supuesto, palabras. Cada lengua humana tiene un **léxico**, la suma total de todas las palabras en ese idioma. Al usar reglas gramaticales para combinar palabras en oraciones lógicas, los humanos pueden transmitir un número infinito de conceptos.

Gramática

Debido a que todo el lenguaje obedece a un conjunto de reglas combinatorias, podemos comunicar un número infinito de conceptos. Si bien cada idioma tiene un conjunto diferente de reglas, todos los idiomas sí obedecen reglas. Estas reglas se conocen como gramática. Los hablantes de un idioma han interiorizado las reglas y excepciones para la gramática de ese idioma. Hay reglas para cada nivel de lenguaje: la formación de palabras (por ejemplo, los hablantes nativos del inglés han interiorizado la regla general de que -ed es el final de los verbos en tiempo pasado, así que incluso cuando encuentran un verbo nuevo, automáticamente saben ponerlo en tiempo pasado); formación de frases (por ejemplo, sabiendo que cuando usas el verbo “comprar”, necesita un sujeto y un objeto; “Ella compra” está mal, pero “Ella compra un regalo” está bien); y la formación de oraciones.

Los niños mayores también son capaces de aprender nuevas reglas de gramática con más flexibilidad. Si bien es probable que los niños más pequeños sean reacios a dejar de decir “fui allí”, los niños mayores aprenderán esto con bastante rapidez junto con otras reglas de gramática.

El vocabulario

Una de las razones por las que los niños pueden clasificar objetos de tantas maneras es que han adquirido un vocabulario para hacerlo. Para quinto grado, el vocabulario de un niño ha crecido a 40,000 palabras. Crece a un ritmo que supera al de los de la primera infancia. Esta explosión del lenguaje, sin embargo, difiere de la de los niños más pequeños porque se facilita al poder

asociar nuevas palabras con las ya conocidas, y porque va acompañada de una comprensión más sofisticada de los significados de una palabra.

Contexto

Las palabras no poseen significados fijos sino que cambian su interpretación en función del contexto en el que se hablan. Utilizamos la **información contextual** —la información que rodea el lenguaje— para ayudarnos a interpretarla. Contexto es cómo todo dentro del lenguaje trabaja en conjunto para transmitir un significado particular. El contexto incluye el tono de voz, el lenguaje corporal y las palabras que se utilizan. Dependiendo de cómo una persona diga algo, sostenga su cuerpo, o enfatice ciertos puntos de una oración, se pueden transmitir una variedad de mensajes diferentes. Por ejemplo, la palabra “increíble”, cuando se dice con una gran sonrisa, significa que la persona está entusiasmada con una situación. “Impresionante”, dijo con los brazos cruzados, los ojos en blanco y un tono sarcástico, significa que la persona no está encantada con la situación.⁵⁴



Figura 11.8.3: El contexto nos ayuda a entender el significado. (La imagen está licenciada bajo CC0)

Nuevo entendimiento

Aquellos en la infancia media y tardía también son capaces de pensar en los objetos de maneras menos literales. Por ejemplo, si se le pide la primera palabra que viene a la mente cuando uno escucha la palabra “pizza”, es probable que el niño más pequeño diga “comer” o alguna palabra que describa lo que se hace con una pizza. No obstante, es más probable que el niño mayor coloque la pizza en la categoría apropiada y diga “comida”. Esta sofisticación del vocabulario también se evidencia por el hecho de que los niños mayores cuentan chistes y se deleitan en hacerlo. Pueden usar chistes que involucren juegos de palabras como chistes de “toc—toc” o chistes con frases de golpe. Los niños pequeños no entienden jugar con las palabras y cuentan “chistes” que son literales o payasadas, como “¡Un hombre se cayó al barro! ¿No es gracioso?”⁵⁶

Colaboradores y Atribuciones

51. *Psicología inicial — Inteligencia y Lenguaje* de Charles Stangor está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

52. *Desarrollo Infantil — Unidad 6: Desarrollo del Lenguaje* referencias *Psicología* .by Boundless, licenciado bajo [CC BY-SA 4.0](#)

54. *Psicología inicial — Inteligencia y Lenguaje* de Charles Stangor está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

56. *Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media* por Lumen Referencias de aprendizaje *Psyc 200 Lifespan Psychology* por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

Psicología inicial — Inteligencia y Lenguaje de Charles Stangor está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.8: Introducción a la Lingüística](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés

Aunque los hablantes **monolingües** (los que solo hablan un idioma) a menudo no se dan cuenta, la mayoría de los niños de todo el mundo son **bilingües**, (entienden y usan dos idiomas). (Meyers- Sutton, 2005). Incluso en Estados Unidos, que es una sociedad relativamente monolingüe, más de 47 millones de personas hablan un idioma distinto al inglés en casa, y alrededor de 10 millones de estas personas son niños o jóvenes en escuelas públicas (Departamento de Comercio de Estados Unidos, 2003). La gran mayoría de los estudiantes bilingües (75%) son hispanos, pero el resto representan más de cien grupos lingüísticos diferentes de todo el mundo. En comunidades más grandes en todo Estados Unidos, por lo tanto, es común que un solo aula contenga estudiantes de varios orígenes lingüísticos a la vez. En las aulas, como en otros entornos sociales, el bilingüismo existe en diferentes formas y grados.



Figura11.9.1: La analogía del iceberg. (La imagen de LEAP está licenciada bajo la Licencia de Arte Libre)

El estudiante que habla ambos idiomas con fluidez tiene una ventaja cognitiva definida. Como podría sospechar y confirmar la investigación, un estudiante bilingüe con fluidez está en una mejor posición para expresar conceptos o ideas de más de una manera, y estar al tanto de hacerlo (Jiménez, García, & Pearson, 1995; Francis, 2006). Se ha demostrado que tener un vocabulario grande en un primer idioma ahorra tiempo en el aprendizaje de vocabulario en un segundo idioma (Hansen, Umeda & McKinney, 2002) .58

Colaboradores y Atribuciones

58. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

Los humanos, especialmente los niños, tienen una habilidad increíble para aprender el idioma. Dentro del primer año de vida, los niños habrán aprendido muchos de los conceptos necesarios para tener lenguaje funcional, aunque aún tardarán años en que sus capacidades se desarrollen plenamente. Como acabamos de explicar, algunas personas aprenden dos o más idiomas con fluidez y son bilingües o multilingües. Aquí hay un resumen de los teóricos y teorías que se han propuesto para explicar el desarrollo del lenguaje, y las estructuras cerebrales relacionadas, en los niños.

Skinner: Acondicionamiento Operante

B. F. Skinner creía que los niños aprenden el lenguaje a través del **condicionamiento operante**; en otras palabras, los niños reciben “recompensas” por usar el lenguaje de manera funcional. Por ejemplo, una niña aprende a decir la palabra “beber” cuando tiene sed; recibe algo de beber, lo que refuerza su uso de la palabra para tomar una copa, y así seguirá haciéndolo. Esto sigue a la contingencia de cuatro períodos que Skinner creía que era la base del desarrollo del lenguaje: operaciones motivadoras, estímulos discriminativos, respuesta y estímulos reforzantes. Skinner también sugirió que los niños aprendieran el lenguaje a través de la imitación de los demás, incitando y dando forma.

Chomsky: Dispositivo de adquisición de lenguaje

El trabajo de Noam Chomsky discute las bases biológicas del lenguaje y afirma que los niños tienen habilidades innatas para aprender el idioma. Chomsky califica esta habilidad innata como “**dispositivo de adquisición del lenguaje**”. Cree que los niños aprenden instintivamente el lenguaje sin ninguna instrucción formal. También cree que los niños tienen una necesidad natural de usar el lenguaje, y que en ausencia de un lenguaje formal los niños desarrollarán un sistema de comunicación para satisfacer sus necesidades. Ha observado que todos los niños cometen el mismo tipo de errores lingüísticos, independientemente del idioma que se les enseñe. Chomsky también cree en la existencia de una “gramática universal”, que postula que hay ciertas reglas gramaticales que comparten todas las lenguas humanas. Sin embargo, su investigación no identifica áreas del cerebro ni una base genética que permita la capacidad innata de los humanos para el lenguaje.

Piaget: Asimilación y Alojamiento

La teoría del desarrollo del lenguaje de Jean Piaget sugiere que los niños utilizan tanto la asimilación como la acomodación para aprender el idioma. La **asimilación** es el proceso de cambiar el entorno para colocar la información en un esquema (o idea) ya existente. El **alojamiento** es el proceso de cambiar el esquema para adaptarse al nuevo entorno. Piaget creía que los niños primero necesitan desarrollarse mentalmente antes de que pueda ocurrir la adquisición del lenguaje. Según él, los niños primero crean estructuras mentales dentro de la mente (esquemas) y a partir de estos esquemas, ocurre el desarrollo del lenguaje.

Vygotsky: Zona de Desarrollo Proximal

La teoría del desarrollo del lenguaje de Lev Vygotsky se centró en **el aprendizaje social y la zona de desarrollo proximal (ZPD)**. El ZPD es un nivel de desarrollo que se obtiene cuando los niños participan en interacciones sociales con otros; es la distancia entre el *potencial* de aprendizaje de un niño y el *aprendizaje real* que tiene lugar. La teoría de Vygotsky también demostró que Piaget subestimó la importancia de las interacciones sociales en el desarrollo del lenguaje. Las teorías de Piaget y Vygotsky a menudo se comparan entre sí, y ambas se han utilizado con éxito en el campo de la educación.



Figura11.10.1: Este guardabosques está utilizando el ZPD para aumentar la comprensión de estos chicos. (La imagen del [Servicio de Parques Nacionales](#) es de dominio público)

This page titled [11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.11: Aprender a leer

Un gran hito en la infancia media es aprender a leer y escribir. Si bien las bases de esto se sentaron en la infancia y la primera infancia, la instrucción formal sobre este proceso suele darse durante los años escolares. No siempre hay un acuerdo completo sobre cómo se enseña mejor a leer a los niños. Los siguientes enfoques para enseñar la lectura están separados por su metodología, pero hoy en día, los modelos de lectura buscan un equilibrio entre los dos tipos de métodos de lectura porque ambos son reconocidos como esenciales para aprender a leer.

- Un **enfoque basado en la fonía** enseña la lectura asegurándose de que los niños puedan entender las correspondencias de letras y sonidos (cómo suenan las letras), reconocer automáticamente palabras familiares y decodificar palabras desconocidas. Esta capacidad de romper el código de lectura permite a los niños leer palabras que nunca antes habían escuchado.
- El **enfoque de todo el lenguaje** intenta enseñar la lectura de la manera más natural posible. Como los sonidos de las palabras no tienen sentido, la atención se centra en leer palabras y oraciones en contexto (como libros reales), en lugar de aprender los sonidos y fonemas que maquillan las palabras.⁶⁰

Colaboradores y Atribuciones

60. Cognición e instrucción/Aprender a leer por [Wikilibros](#) está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)

This page titled [11.11: Aprender a leer](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.12: Dificultades de aprendizaje

Cuando los niños no parecen estar desarrollándose o aprendiendo en el patrón típico, uno podría ser evaluado por un trastorno o discapacidad. ¿Qué es un trastorno de aprendizaje o discapacidad? En la siguiente sección aprenderemos sobre el espectro de trastornos y cómo pueden afectar muchas áreas de la vida del niño.

- Un **trastorno del aprendizaje** es una clasificación de trastornos en la que una persona tiene dificultades para aprender de una manera típica dentro de uno de varios dominios. Los tipos de trastornos del aprendizaje incluyen dificultades en la lectura (dislexia), matemáticas (discalculia) y escritura (disgrafía). Estos trastornos se diagnostican con ciertos criterios.
- Una **discapacidad de aprendizaje** tiene problemas en un área específica o con una tarea específica o tipo de actividad relacionada con la educación.

Los niños con desafíos de aprendizaje generalmente se identifican en la escuela porque es entonces cuando se prueban, comparan y miden sus habilidades académicas. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales -DSM-5, una persona calificada hará un diagnóstico, identificará causas, y hará un plan de tratamiento para trastornos y discapacidades. El diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje se agregó al DSM-5 en 2013.

El DSM no requiere que se identifique un solo dominio de dificultad (como la lectura, las matemáticas o la expresión escrita), sino que es un diagnóstico único que describe una colección de dificultades potenciales con habilidades académicas generales, simplemente incluyendo especificaciones detalladas para las áreas de lectura, matemáticas y escritura. El rendimiento académico debe estar por debajo del promedio en al menos uno de estos campos, y los síntomas también pueden interferir con la vida diaria o laboral. Además, las dificultades de aprendizaje no pueden atribuirse a otros trastornos sensoriales, motores, del desarrollo o neurológicos.⁶¹

El siguiente es un ejemplo de los trastornos del aprendizaje DSM-5.

Trastornos del aprendizaje:

- Dislexia - Lectura
- Discalculia — Matemáticas
- Dispraxia - Coordinación Motora
- Disgrafía - Redacción
- Trastorno del Procesamiento Auditivo - Audición
- Trastorno del procesamiento visual - Visual

Trastornos del habla y del lenguaje:

- Afasia - Pérdida del lenguaje - expresiva y receptiva
- Trastorno de articulación - Un trastorno de la articulación
- Trastornos de la fluidez - Trastornos de la fluidez
- Trastornos de la voz - Trastornos de la voz ⁶²

Trastornos o discapacidades del aprendizaje

Dislexia

La **dislexia**, a veces llamada “trastorno de la lectura”, es la discapacidad de aprendizaje más común; de todos los estudiantes con discapacidades específicas de aprendizaje, 70% — 80% tienen déficits en la lectura. El término “dislexia del desarrollo” a menudo se usa como término general, pero los investigadores afirman que la dislexia es solo uno de varios tipos de discapacidades de lectura. Una discapacidad lectora puede afectar cualquier parte del proceso de lectura, incluyendo reconocimiento de palabras, decodificación de palabras, velocidad de lectura, prosodia (lectura oral con expresión) y comprensión lectora.

Discalculia

La **discalculia** es una forma de discapacidad relacionada con las matemáticas que implica dificultades para aprender conceptos relacionados con las matemáticas (como cantidad, valor posicional y tiempo), memorizar hechos relacionados con las matemáticas, organizar números y comprender cómo se organizan los problemas en la página. A menudo se hace referencia a los discalculicos como que tienen un “sentido numérico” pobre.

Dispraxia

A los niños que tienen habilidades motoras sustancialmente por debajo de lo que se espera para su edad se les diagnostica **dispraxia** —o trastorno de coordinación del desarrollo (DCD) como se le conoce más formalmente. No son perezosos, torpes ni poco inteligentes —de hecho, su capacidad intelectual está en línea con la población en general— pero sí luchan con tareas cotidianas que requieren coordinación.



Figura11.12.1: Los niños con desafíos de aprendizaje generalmente se identifican en la escuela porque es cuando se prueban, comparan y miden sus habilidades académicas. (Imagen de [pan xiaozhen](#) en [Unsplash](#))

Disgrafía

El término **disgrafía** se usa a menudo como término general para todos los trastornos de la expresión escrita. Los individuos con disgrafía suelen mostrar múltiples deficiencias relacionadas con la escritura, como errores gramaticales y de puntuación dentro de las oraciones, mala organización de los párrafos, múltiples errores ortográficos y caligrafía excesivamente pobre.

Trastorno del procesamiento auditivo

Un déficit de procesamiento en la modalidad auditiva que abarca múltiples procesos es el **trastorno de procesamiento auditivo** (APD). Hasta la fecha, el diagnóstico de APD se basa principalmente en la utilización de material del habla. Desafortunadamente, las pruebas aceptables que no son del habla que permiten diferenciar entre un trastorno auditivo central real y trastornos relacionados, como trastornos específicos del lenguaje, aún no están disponibles adecuadamente.

Trastorno del procesamiento visual

La dificultad para procesar o interpretar la información visual se conoce como **trastorno del procesamiento visual** (VPD). Los niños con problemas de procesamiento visual pueden tener dificultades para distinguir entre dos formas o encontrar una información específica en una página.⁶⁵

Tabla11.12.1: Resumen de discapacidades de aprendizaje (Dispraxia de [The Conversation](#) está licenciado bajo [CC BY-ND 4.0](#))

Discapacidad	Dificultades	Efectos
Dislexia	Dificultad con la lectura	Problemas de lectura, escritura, ortografía
Discalculia	Dificultad con las matemáticas	Problemas para hacer problemas matemáticos, entender el tiempo, usar dinero
Dispraxia (Trastorno de Integración Sensorial)	Dificultad con las habilidades motoras finas	Problemas con la coordinación ojo-mano, equilibrar la destreza manual
Disgrafía	Dificultad con la escritura	Problemas con la escritura a mano, ortografía, organización de ideas
Trastorno del procesamiento auditivo	Dificultad para escuchar la diferencia entre los sonidos	Problemas con la lectura, la comprensión, el lenguaje
Trastorno del procesamiento visual	Dificultad para interpretar la información visual	Problemas con la lectura, matemáticas, mapas, gráficos, símbolos, imágenes

Trastornos del habla y del lenguaje

Afasia

La pérdida de la capacidad de producir o entender el lenguaje se conoce como **afasia**. Sin el cerebro, no habría lenguaje. El cerebro humano tiene algunas áreas que son específicas para el procesamiento y producción del lenguaje. Cuando estas áreas están dañadas o lesionadas, se pueden perder las capacidades para hablar o comprender, un trastorno conocido como afasia. Estas áreas deben funcionar juntas para que una persona desarrolle, use y entienda el lenguaje.

Trastorno de articulación

Un **trastorno articular** se refiere a la incapacidad de producir correctamente sonidos del habla (fonemas) debido a la colocación imprecisa, el tiempo, la presión, la velocidad o el flujo de movimiento de los labios, la lengua o la garganta (NIDCD, 2016). Los sonidos pueden ser sustituidos, dejados, añadidos o cambiados. Estos errores pueden dificultar que la gente entienda al orador. Pueden ir desde problemas con sonidos específicos, como el lisping hasta un deterioro severo en el sistema fonológico. La mayoría de los niños tienen problemas para pronunciar palabras desde el principio mientras su habla se desarrolla. No obstante, a los tres años, al menos la mitad de lo que dice un niño debe ser entendido por un extraño. A los cinco años, el habla de un niño debe ser mayormente inteligible. Los padres deben buscar ayuda si a los seis años el niño sigue teniendo problemas para producir ciertos sonidos. Cabe señalar que los acentos no son trastornos de articulación (Medline Plus, 2016a).

Trastornos de fluidez

Los **trastornos de fluidez** afectan la velocidad del habla. El habla puede ser trabajosa y lenta, o demasiado rápida para que los oyentes las sigan. El trastorno de fluidez más común es el tartamudeo.

La **tartamudez** es un trastorno del habla en el que los sonidos, las sílabas o las palabras se repiten o duran más de lo normal. Estos problemas provocan una ruptura en el flujo del habla, lo que se llama disfluencia (Medline Plus, 2016b). Alrededor del 5% de los niños pequeños, de dos a cinco años, desarrollarán algún tartamudeo que puede durar de varias semanas a varios años (Medline Plus, 2016c). Aproximadamente 75% de los niños se recuperan de la tartamudez. Por el 25% restante, la tartamudez puede persistir como un trastorno de comunicación de por vida (Instituto Nacional de Sordera y otros Trastornos de la Comunicación, NIDCD, 2016). Esto se llama tartamudez del desarrollo y es la forma más común de tartamudeo.

La lesión cerebral, y en casos muy raros, el trauma emocional pueden ser otros desencadenantes para desarrollar problemas con la tartamudez. En la mayoría de los casos de tartamudez del desarrollo, otros miembros de la familia comparten el mismo trastorno de comunicación. Los investigadores han identificado recientemente variantes en cuatro genes que se encuentran más comúnmente en quienes tartamudean (NIDCD, 2016).

Trastornos de la voz

Los **trastornos de la voz** implican problemas de tono, volumen y calidad de la voz (American Speech-Language and Hearing Association, 2016). Sólo se convierte en un trastorno cuando los problemas con la voz hacen que el niño sea ininteligible. En los niños, los trastornos de la voz son significativamente más prevalentes en hombres que en mujeres. Entre 1.4% y 6% de los niños experimentan problemas con la calidad de su voz. Las causas pueden deberse a anomalías estructurales en las cuerdas vocales y/o laringe, factores funcionales, como fatiga vocal por uso excesivo, y en casos más raros factores psicológicos, como el estrés crónico y la ansiedad.⁶⁷



Figura11.12.2: Logopedia. (Imagen de Operaciones de Protección Civil y Ayuda Humanitaria de la UE está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Niños con Discapacidad: Legislación

Desde la década de 1970, las actitudes políticas y sociales se han movido cada vez más hacia la inclusión de las personas con discapacidad en una amplia variedad de actividades “regulares”. En Estados Unidos, el cambio se ilustra claramente en la

legislación federal que se promulgó durante este tiempo. Se aprobaron tres grandes leyes que garantizaban los derechos de las personas con discapacidad, y en particular de los niños y estudiantes con discapacidad. La tercera ley ha tenido el mayor impacto en la educación.

Ley de Rehabilitación de 1973, artículo 504

Esta ley, la primera de su tipo, requería que las personas con discapacidad fueran acomodadas en cualquier programa o actividad que reciba financiamiento Federal (PL93-112, 1973). Si bien esta ley no estaba destinada específicamente a la educación, en la práctica ha protegido los derechos de los estudiantes en algunas actividades extracurriculares (para estudiantes mayores) y en algunos programas de cuidado infantil o extracurricular (para estudiantes más jóvenes). Si esos programas reciben fondos federales de cualquier tipo, los programas no están autorizados a excluir a niños o jóvenes con discapacidades, y tienen que encontrar formas razonables de acomodar las discapacidades de las personas.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (o ADA)

Esta legislación también prohibía la discriminación por motivos de discapacidad, tal como lo había hecho el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (PL 101-336, 1990). Si bien la ADA también se aplica a todas las personas (no solo a los estudiantes), sus disposiciones son más específicas y “más fuertes” que las de la Sección 504. En particular, ADA se extiende a todos los empleos y empleos, no solo a los que reciben financiamiento federal.

También requiere específicamente que los alojamientos se hagan en instalaciones públicas como con autobuses, baños y teléfonos. Por lo tanto, la legislación ADA es responsable de algunas de las renovaciones “menores” en las escuelas que quizás hayas notado en los últimos años, como puertas accesibles para sillas de ruedas, rampas y baños, y teléfonos públicos con controles de volumen.



Figura11.12.3: El presidente George H. W. Bush firma la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, 26/07/1990. (La imagen es de dominio público)

Ley de Educación para Personas con Discapacidades (o IDEA)

Como su nombre lo implicaba, esta legislación estaba más enfocada a la educación que la Sección 504 o ADA. Fue aprobada por primera vez en 1975 y ha sido modificada varias veces desde entonces, incluyendo la más reciente en 2004 (PL 108-446, 2004). En su forma actual, la ley garantiza los siguientes derechos relacionados con la educación para cualquier persona con discapacidad desde el nacimiento hasta los 21 años de edad.

Los dos primeros derechos influyen en la escolaridad en general, pero los tres últimos afectan el trabajo de los maestros de aula de manera bastante directa:

- **Educación gratuita y apropiada:** Un individuo o la familia de un individuo no deben tener que pagar por la educación simplemente porque el individuo tiene una discapacidad, y el programa educativo debe ser verdaderamente educativo; es decir, no meramente cuidando o cuidando niños.
- **Debido proceso:** En caso de desacuerdos entre un individuo con discapacidad y las escuelas u otros profesionistas, deben existir procedimientos para resolver los desacuerdos que sean justos y accesibles para todas las partes, incluyendo a la persona misma o a su representante.
- **Evaluación justa del desempeño a pesar de la discapacidad:** Las pruebas u otras evaluaciones no deben asumir habilidades de toma de exámenes que una persona con discapacidad no se puede esperar razonablemente que tenga, como sostener un lápiz, escuchar o ver preguntas, trabajar rápidamente o comprender y hablar oralmente. Deben modificarse los procedimientos de evaluación para permitir estas diferencias. Esta disposición de la ley se aplica tanto a las evaluaciones realizadas por los maestros como a los programas de pruebas escolares o de “alto riesgo”.
- **Educación en el “ambiente menos restrictivo”:** La educación para alguien con discapacidad debe brindar tantas oportunidades y opciones educativas para la persona como sea posible, tanto a corto como a largo plazo. En la práctica, este requisito ha significado incluir a los estudiantes en las aulas regulares y las actividades escolares en la medida de lo posible.

- **Un Plan Educativo Individualizado (IEP):** Dado que cada discapacidad es única, la planeación instruccional para una persona con discapacidad debe ser única o individualizada también. En la práctica, esta disposición ha llevado a que los maestros de aula planifiquen programas individualizados de manera conjunta con otros profesionales (como especialistas en lectura, psicólogos o personal médico) como parte de un equipo.⁷⁰



Figura 11.12.4: El proceso de educación especial. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Colaboradores y Atribuciones

61. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

62. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

64. Dispraxi de [The Conversation](#) está licenciado bajo [CC BY-ND 4.0](#)

65. Ludwig, A. A., Fuchs, M., Kruse, E., Uhlig, B., Kotz, S. A., & Rübsamen, R. (2014). [Trastornos del procesamiento auditivo con y sin déficit de discriminación auditiva central](#). *Revista de la Asociación para la Investigación en Otorrinolaringología: JARO*, 15 (3), 441-64.

[Desarrollo Infantil — Unidad 6: Desarrollo del Lenguaje](#) referencias [Psicología](#) .by Boundless, licenciado bajo [CC BY-SA 4.0](#)

67. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

70. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [11.12: Dificultades de aprendizaje](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

11.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Etapa operativa concreta del desarrollo cognitivo de Piaget.
- Teorías de la inteligencia.
- Cómo los niños procesan la información.
- Pruebas de inteligencia.
- El espectro de las habilidades intelectuales.
- Desarrollo del lenguaje y la comunicación.
- Dificultades de aprendizaje.

En el próximo capítulo, examinaremos el desarrollo de la comprensión de los niños en edad escolar de sí mismos y del mundo que los rodea y las crecientes influencias en su desarrollo social y emocional.

This page titled [11.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons).

CHAPTER OVERVIEW

12: Infancia Media - Desarrollo Social Emocional

Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de: 1. Describir las teorías socioemocionales del desarrollo 2. Examinar la importancia de las amistades positivas y las relaciones entre pares 3. Describir la autocomprensión en la infancia 4. Identificar los tipos de familias que los niños forman parte de 5. Explicar la agresión, el comportamiento antisocial y el acoso

A medida que los niños envejecen, sus experiencias les permiten desarrollar una comprensión más realista de sí mismos, incluyendo tanto sus fortalezas como sus debilidades. Este autoconcepto en desarrollo está influenciado por los mensajes que reciben de sus compañeros, su familia y los medios de comunicación.

[12.1: Teorías Sociales Emocionales del Desarrollo](#)

[12.2: Autocomprensión](#)

[12.3: La motivación como autoeficacia](#)

[12.4: Identidad de Género](#)

[12.5: El niño y la familia](#)

[12.6: Amistades, compañeros y grupos de pares](#)

[12.7: Relaciones entre pares](#)

[12.8: Agresión, comportamiento antisocial, matones y víctimas](#)

[12.S: Resumen](#)

Miniatura: [pixabay.com/fotos/niños-... -baño-1822704/](https://pixabay.com/fotos/niños-...-baño-1822704/)

This page titled [12: Infancia Media - Desarrollo Social Emocional](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.1: Teorías Sociales Emocionales del Desarrollo

Erik Erikson- Industria vs Inferioridad

Erik Erikson propuso que nos motiva la necesidad de lograr la competencia en ciertas áreas de nuestras vidas. Como hemos aprendido en capítulos anteriores, la teoría psicosocial de Erikson tiene ocho etapas de desarrollo a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la edad adulta tardía. En cada etapa, hay un conflicto, o tarea, que necesitamos resolver. La finalización exitosa de cada tarea de desarrollo da como resultado un sentido de competencia y una personalidad saludable. El fracaso en dominar estas tareas lleva a sentimientos de insuficiencia.

Durante la etapa primaria (6-12 años), los niños enfrentan la tarea de *Industria versus Inferioridad*. Los niños comienzan a compararse con sus compañeros para ver cómo están a la altura.



Figura12.1.1: El premio académico que recibe este chico puede contribuir a su sentido de la industria. (Imagen de Janarthanan kesavan está licenciada bajo CC BY-SA 4.0)

O desarrollan un sentido de orgullo y logro en sus tareas escolares, deportivas, actividades sociales y vida familiar, o se sienten inferiores e inadecuados cuando no están a la altura. 2

Según Erikson, los niños en la mediana infancia están muy ocupados o laboriosos. Constantemente están haciendo, planeando, jugando, reuniéndose con amigos, logrando. Este es un momento muy activo y un momento en el que están ganando una idea de cómo se miden a la altura en comparación con los amigos. Erikson creía que si estos niños trabajadores pueden tener éxito en sus esfuerzos, obtendrán una sensación de confianza para futuros desafíos. Si no, un sentido de inferioridad puede ser particularmente inquietante durante la infancia media.3

Sigmund Freud - Teoría Psicoanalítica

El gran psicoanalista Sigmund Freud (1856-1939) se centró en las fuerzas biológicas inconscientes que sentía que configuraban la personalidad individual. Freud (1933) pensó que la personalidad consta de tres partes: el id, el ego y el superego. El id es la parte egoísta de la personalidad y consiste en los instintos biológicos que tienen todos los bebés, incluyendo la necesidad de alimentación y, más generalmente, la demanda de gratificación inmediata. A medida que los bebés crecen, aprenden que no todas sus necesidades pueden ser satisfechas de inmediato y así desarrollar el ego, o la parte racional de la personalidad. A medida que los niños crecen aún, interiorizan las normas y valores de la sociedad y así comienzan a desarrollar su superego, que representa la conciencia de la sociedad. Si un niño no se desarrolla normalmente y el superego no se vuelve lo suficientemente fuerte, el individuo corre más riesgo de ser impulsado por el id a cometer un comportamiento antisocial.4



Figura12.1.2: El desarrollo del superego ayuda a los niños a superar su deseo inconsciente de comportarse antisocialmente. (Imagen de Annie Spratt en Unsplash)

Las etapas de desarrollo moral de Lawrence Kohlberg

Kohlberg (1963) se construyó sobre la obra de Piaget y estaba interesado en conocer cómo cambia nuestro razonamiento moral a medida que envejecemos. Quería saber cómo la gente decide lo que está bien y lo que está mal. Así como Piaget creía que el desarrollo cognitivo de los niños sigue patrones específicos, Kohlberg (1984) argumentó que aprendemos nuestros valores morales a través del pensamiento y el razonamiento activos, y que el desarrollo moral sigue una serie de etapas. Las seis etapas de Kohlberg

se organizan generalmente en tres niveles de razones morales. Para estudiar el desarrollo moral, Kohlberg analizó cómo los niños (y adultos) responden a los dilemas morales. Uno de los dilemas morales más conocidos de Kohlberg es el dilema de Heinz:

En Europa, una mujer estaba cerca de morir por un tipo especial de cáncer. Había una droga que los médicos pensaban que podría salvarla. Era una forma de radio que un droguístico de la misma localidad había descubierto recientemente. El medicamento era caro de fabricar pero el farmacéutico estaba cobrando diez veces lo que le costaba hacer el medicamento. Pagó 200 dólares por el radio y cobró \$2,000 por una pequeña dosis del medicamento. El marido de la mujer enferma, Heinz, acudió a todos los que conocía a pedir prestado el dinero pero sólo pudo juntarse alrededor de mil dólares, aproximadamente la mitad de lo que costaba el medicamento. Le dijo al farmacéutico que su esposa se estaba muriendo y le pidió que lo vendiera más barato o que le dejara pagar más tarde. Pero el farmacéutico dijo: “No, descubrí la droga y voy a ganar dinero con ella”. Heinz se desesperó e irrumpió en la tienda del hombre para robarle la droga a su esposa. ¿Debería haber hecho eso el marido? (Kohlberg, 1969, p. 379) 6

Nivel Uno - Moralidad Preconvencional

En la primera etapa, el razonamiento moral se basa en conceptos de castigo. El niño cree que si la consecuencia de una acción es el castigo, entonces la acción estuvo equivocada. En la segunda etapa, el niño basa su pensamiento en el interés propio y la recompensa (“Me rascas la espalda, yo te rascaré la tuya”). Los sujetos más jóvenes parecían responder en base a lo que le sucedería al hombre como consecuencia del acto. Por ejemplo, podrían decir que el hombre no debería irrumpir en la farmacia porque el farmacéutico podría encontrarlo y golpearlo. O podrían decir que el hombre debería irrumpir y robar la droga y su esposa le dará un gran beso. Bien o mal, ambas decisiones se basaban en lo que físicamente le sucedería al hombre como consecuencia del acto. Este es un enfoque egocéntrico para la toma de decisiones morales. Llamó a esta comprensión más superficial del bien y del mal la **moralidad preconvencional**. La moralidad preconvencional se centra en el interés propio. Se evita el castigo y se buscan recompensas. Los adultos también pueden caer en estas etapas, particularmente cuando están bajo presión.

Nivel Dos - Moralidad Convencional

Aquellos probados que basaron sus respuestas en lo que otras personas pensarían del hombre a consecuencia de su acto fueron colocados en el Nivel Dos. Por ejemplo, podrían decir que debería irrumpir en la tienda, entonces todos pensarían que era un buen esposo, o no debería porque es contra la ley. En cualquier caso, el bien y el mal están determinados por lo que piensan los demás. En la etapa tres, la persona quiere complacer a los demás. En la etapa cuatro, la persona reconoce la importancia de las normas o leyes sociales y quiere ser un buen miembro del grupo o sociedad. Una buena decisión es aquella que gana la aprobación de otros o aquella que cumple con la ley. A esto lo llamé **moral convencional**, *a la gente le importa el efecto de sus acciones en los demás*. Algunos niños mayores, adolescentes y adultos utilizan este razonamiento.

El Nivel Tres, la moralidad posconvencional, no está incluido porque se enfoca en la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, está en la tabla a continuación si desea una visión general del Nivel Tres - Etapas 5 y 6.

Moralidad Preconvencional (niños pequeños)

Tabla12.1.1: Niveles de razonamiento moral de Lawrence Kohlberg

Etapa	Descripción
Etapa 1	El foco está en el interés propio y se evita el castigo. El hombre no debería robar la droga, ya que puede que lo atrapen e ir a la cárcel.
Etapa 2	Se buscan recompensas. Una persona de este nivel argumentará que el hombre debe robar la droga porque no quiere perder a su esposa que lo cuida.

Moralidad Convencional (niños mayores, adolescentes, la mayoría de los adultos)

Etapa	Descripción
Etapa 3	La atención se centra en cómo los resultados situacionales impactan a los demás y en querer complacer y ser aceptados. El hombre debería robar la droga porque eso es lo que hacen los buenos maridos.

Etapas 4	Las personas toman decisiones basadas en leyes o reglas formalizadas. El hombre debe obedecer la ley porque robar es un delito.

Moralidad Post Convencional (rara en adolescentes, algunos adultos)

Etapas	Descripción
Etapas 5	Los individuos emplean el razonamiento abstracto para justificar comportamientos. El hombre debería robar la droga porque las leyes pueden ser injustas y hay que considerar toda la situación.
Etapas 6	El comportamiento moral se basa en principios éticos autoelegidos. El hombre debería robar la droga porque la vida es más importante que la propiedad.

Aunque la investigación ha apoyado la idea de Kohlberg de que el razonamiento moral cambia de un énfasis temprano en el castigo y las reglas y regulaciones sociales a un énfasis en principios éticos más generales, como con el enfoque de Piaget, el modelo escénico de Kohlberg es probablemente demasiado simple. Por un lado, las personas pueden usar niveles más altos de razonamiento para algunos tipos de problemas pero volver a niveles más bajos en situaciones en las que hacerlo es más consistente con sus metas o creencias (Resto, 1979). Segundo, se ha argumentado que el modelo escénico es particularmente apropiado para muestras occidentales, más que no occidentales, en las que la lealtad a las normas sociales, como el respeto a la autoridad, puede ser particularmente importante (Haidt, 2001). Además, con frecuencia hay poca correlación entre cómo puntuamos en las etapas morales y cómo nos comportamos en la vida real. Quizás la crítica más importante de la teoría de Kohlberg es que puede describir el desarrollo moral de los hombres mejor que el de las mujeres (Jaffee & Hyde, 2000). 7

Colaboradores y Atribuciones

2. [Psicología - 9.2: Teorías de Vida útil](#) por [CNX Psicología](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)
3. [Sociología: Edición breve — Explicando la socialización](#) por Steven E. Barkan está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
4. [Sociología: Edición breve — Explicando la socialización](#) por Steven E. Barkan está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
6. [Psicología - 9.2: Teorías de Vida útil](#) por [CNX Psicología](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)
7. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [12.1: Teorías Sociales Emocionales del Desarrollo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.2: Autocomprensión

Los niños en la infancia media tienen un sentido de sí mismo más realista que los de la primera infancia. Ese sentido exagerado de sí mismo como “más grande” o “más inteligente” o “más alto” da paso a una comprensión de las fortalezas y debilidades de uno. Esto puede atribuirse a una mayor experiencia en la comparación del desempeño propio con el de los demás y a una mayor flexibilidad cognitiva. El autoconcepto de un niño puede ser influenciado por sus compañeros y su familia y los mensajes que envían sobre el valor de un niño. Los niños contemporáneos también reciben mensajes de los medios de comunicación sobre cómo deben verse y actuar. Las películas, los videos musicales, Internet y los anunciantes pueden crear imágenes culturales de lo que es deseable o indeseable y esto también puede influir en el autoconcepto de un niño.



Figura12.2.1: Interacciones con la percepción mediática de los niños de sí mismos. (Imagen de [Lucélia Ribeiro](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Notablemente, los niños pequeños comienzan a desarrollar la comprensión social muy temprano en la vida y también son capaces de incluir las evaluaciones de otras personas de ellos en su autoconcepto, incluidos padres, maestros, compañeros, cultura y medios de comunicación. Internalizar las valoraciones de otros y crear comparaciones sociales afectan la **autoestima** de los niños, la cual se define como una evaluación de la propia identidad. Los niños pueden tener evaluaciones individuales de lo bien que realizan una variedad de actividades y también desarrollar una autoevaluación global global. Si existe una discrepancia entre cómo se ven a sí mismos los niños y lo que consideran su yo ideal, su autoestima puede verse afectada negativamente. 9

El autoconcepto se refiere a las creencias sobre la identidad personal general (Seiffert, 2011). Estas creencias incluyen atributos personales, como la edad, las características físicas, los comportamientos y las competencias. Los niños en la infancia media y tardía tienen un sentido más realista de sí mismos que los de la primera infancia, y comprenden mejor sus fortalezas y debilidades. Esto puede atribuirse a una mayor experiencia en la comparación de su propio desempeño con el de otros, y a una mayor flexibilidad cognitiva. Los niños en la infancia media y tardía también pueden incluir las evaluaciones de otras personas de ellos en su autoconcepto, incluidos padres, maestros, compañeros, cultura y medios de comunicación.

Otro desarrollo importante en la autocomprensión es la **autoeficacia**, que es la creencia de que eres capaz de llevar a cabo una tarea específica o de alcanzar una meta específica (Bandura, 1977, 1986, 1997). Grandes discrepancias entre autoeficacia y capacidad pueden crear problemas motivacionales para el individuo (Seifert, 2011). Si un estudiante cree que puede resolver problemas matemáticos, entonces es más probable que el estudiante intente la tarea de matemáticas que le asigna el maestro.

Desafortunadamente, lo contrario también es cierto. Si un estudiante cree que es incapaz de matemáticas, entonces es menos probable que el estudiante intente la tarea de matemáticas independientemente de la habilidad real del estudiante en matemáticas. Dado que la autoeficacia es autoconstruida, es posible que los estudiantes calculen mal o perciban mal su verdadera habilidad, y estas percepciones erróneas pueden tener efectos complejos en las motivaciones de los estudiantes. Es posible tener demasiada o muy poca autoeficacia, y según Bandura (1997) el nivel óptimo parece estar en, o ligeramente por encima de, la verdadera capacidad.10



Figura12.2.2: Las familias pueden apoyar las habilidades sociales y emocionales de los niños. (La imagen es de dominio público)

Como hemos visto, la experiencia de los niños de las relaciones en el hogar y el grupo de pares contribuye a un repertorio en expansión de habilidades sociales y emocionales y también a una mayor comprensión social. En estas relaciones, los niños desarrollan expectativas para personas específicas (llevando, por ejemplo, a apegos seguros o inseguros con los padres), comprensión de cómo interactuar con adultos y compañeros, y autoconcepto basado en cómo los demás responden a ellos. Estas relaciones son también foros significativos para el desarrollo emocional.¹²

Colaboradores y Atribuciones

9. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

10. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

12. [Desarrollo Social y de la Personalidad en la Infancia](#) por [NOBA](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [12.2: Autocomprensión](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.3: La motivación como autoeficacia

Además de estar influenciados por sus metas, intereses y atribuciones, los motivos de los estudiantes se ven afectados por creencias específicas sobre las capacidades personales del estudiante. En la **teoría de la autoeficacia** las creencias se convierten en una explicación primaria y explícita de motivación (Bandura, 1977, 1986, 1997). La **autoeficacia** es la creencia de que eres capaz de llevar a cabo una tarea específica o de alcanzar una meta específica. Como se mencionó anteriormente, el nivel óptimo parece estar en o ligeramente por encima de la capacidad verdadera (Bandura, 1997). Como indicamos a continuación, las grandes discrepancias entre la autoeficacia y la capacidad pueden crear problemas motivacionales para el individuo.¹³

Motivación

La motivación se refiere a un deseo, necesidad o impulso que contribuye y explica los cambios de comportamiento. En general, los motivadores proporcionan algún tipo de incentivo para completar una tarea. Una definición de motivador lo explica como una fuerza “que actúa sobre o dentro de una persona para iniciar un comportamiento”. Además de los motivos biológicos, las motivaciones pueden ser intrínsecas (derivadas de factores internos) o extrínsecas (derivadas de factores externos).

Motivación extrínseca vs. intrínseca

Los comportamientos intrínsecamente motivados se realizan por el sentido de satisfacción personal que aportan. Según Deci (1971), estos comportamientos se definen como aquellos por los que la recompensa es la satisfacción de realizar la actividad misma. Por lo tanto, la motivación intrínseca representa el compromiso en una actividad por su propio bien. Por ejemplo, si reconfortar a un amigo hace que un niño se sienta bien, está intrínsecamente motivado para responder a la angustia de su amigo.

Los comportamientos motivados **extrínsecamente**, por otro lado, se realizan con el fin de recibir algo de otros o evitar ciertos resultados negativos. El motivador extrínseco está fuera del individuo y actúa sobre él. Las recompensas, como una pegatina o un caramelo, son buenos ejemplos de motivadores extrínsecos. Los incentivos sociales y emocionales como el elogio y la atención también son motivadores extrínsecos ya que son otorgados al individuo por otra persona.



Figura12.3.1: Una piruleta puede ser un motivador extrínseco. (Imagen de strausadolf en Pixabay)

La impotencia aprendida y la autoeficacia

Si el sentido de autoeficacia de una persona es muy bajo, puede desarrollar una impotencia aprendida, una percepción de completa falta de control en el dominio de una tarea. La actitud es similar a la depresión, un sentimiento generalizado de apatía y la creencia de que el esfuerzo no hace diferencia y no conduce al éxito. La impotencia aprendida fue originalmente estudiada desde la perspectiva conductista del condicionamiento clásico y operante por el psicólogo Martin Seligman (1995). En las personas, la impotencia aprendida conduce a formas características de lidiar con los problemas. Tienden a atribuirse la fuente de un problema a sí mismos, a generalizar el problema a muchos aspectos de la vida, y a ver el problema como duradero o permanente. Los individuos más optimistas, por el contrario, tienen más probabilidades de atribuir un problema a fuentes externas, de verlo como específico de una situación o actividad particular, y de verlo como temporal o de tiempo limitado. Considera, por ejemplo, dos alumnos que reprueban cada uno una prueba. El que tiene mucha impotencia aprendida es más probable que explique el fracaso diciendo algo como: “Soy estúpido; nunca me desempeño bien en ninguna tarea escolar, y nunca me va a rendir bien en ella”. El otro estudiante, más optimista, es más probable que diga algo como: “El maestro hizo la prueba demasiado dura esta vez, así que la prueba no prueba nada sobre cómo voy a hacer la próxima vez o en otras materias”.



Figura12.3.2: Si esta chica piensa que estudiar no le va a ayudar a que le vaya bien en la prueba, su baja autoeficacia puede convertirse en una impotencia aprendida. (Imagen de [amenclinicsphotos ac](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Lo que es digno de mención de estas diferencias en la percepción es cuánto más optimista de estas perspectivas se asemeja a la alta autoeficacia y la cantidad de impotencia aprendida parece contradecir o diferir de ella. Como ya se señaló, la alta autoeficacia es una fuerte creencia en la capacidad de uno para llevar a cabo una tarea específica con éxito. Por definición, por lo tanto, la autoeficacia centra la atención en una actividad temporal o limitada en el tiempo (la tarea), aunque la causa de la realización exitosa (uno mismo) sea “interna” 16.

Colaboradores y Atribuciones

13. [Desarrollo Infantil — Unidad 5: Teorías \(Parte II\)](#) por [Lumen Learning](#) referencias Psicología Educativa por Kelvin Seifert y Rosemary Sutton, licenciados bajo [CC BY 4.0](#)

16. [Desarrollo Infantil — Unidad 5: Teorías \(Parte II\)](#) por [Lumen Learning](#) referencias Psicología Educativa por Kelvin Seifert y Rosemary Sutton, licenciados bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [12.3: La motivación como autoeficacia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.4: Identidad de Género

El desarrollo de género e identidad de género es igualmente una interacción entre influencias sociales, biológicas y representacionales (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Los niños pequeños aprenden sobre el género de los padres, compañeros y otros en la sociedad, y desarrollan sus propias concepciones sobre los atributos asociados con la masculinidad o la feminidad (llamados esquemas de género). También negocian transiciones biológicas (como la pubertad) que hacen que su sentido de sí mismos y su identidad sexual maduren.



Figura12.4.1: Influencias sociales como las normas culturales impactan los intereses de los niños, la vestimenta, el estilo de expresión e incluso las aspiraciones de vida de (La imagen de Amanda Westmont está licenciada bajo CC BY-NC-SA 2.0)

Cada uno de estos ejemplos del crecimiento de la competencia social y emocional ilustra no solo la interacción de influencias sociales, biológicas y representacionales, sino también cómo se desarrolla su desarrollo a lo largo de un período prolongado. Las influencias tempranas son importantes, pero no determinativas porque las capacidades requeridas para una conducta moral madura, identidad de género y otros resultados continúan desarrollándose a lo largo de la infancia, adolescencia e incluso la edad adulta.

Como sugiere la frase anterior, el desarrollo social y de la personalidad continúa a través de la adolescencia y la edad adulta, y está influenciado por la misma constelación de influencias sociales, biológicas y representacionales discutidas para la infancia. Cambiando las relaciones y roles sociales, la maduración biológica y (mucho más tarde) el declive, y cómo el individuo representa tanto la experiencia como el yo continúan formando las bases para el desarrollo a lo largo de la vida. En este sentido, cuando un adulto espera con ansias más que retrospectivamente preguntar: “¿En qué tipo de persona me estoy convirtiendo?” —Una interacción igualmente fascinante, compleja y multifacética de los procesos de desarrollo.¹⁸

Colaboradores y Atribuciones

18. [Desarrollo Social y de la Personalidad en la Infancia](#) por NOBA está licenciado bajo CC BY 4.0

This page titled [12.4: Identidad de Género](#) is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.5: El niño y la familia

La razón por la que nos parecemos mucho a nuestros padres, para bien o para mal, es que nuestras familias son una parte tan importante de nuestro proceso de socialización. Cuando nacemos, nuestros cuidadores primarios son casi siempre uno o ambos de nuestros padres. Desde hace varios años tenemos más contacto con ellos que con cualquier otro adulto. Debido a que este contacto ocurre en nuestros años más formativos, la interacción de nuestros padres con nosotros y los mensajes que nos enseñan pueden tener un profundo impacto a lo largo de nuestra vida. Durante la infancia media, los niños pasan menos tiempo con los padres y más tiempo con sus compañeros. Los padres pueden tener que modificar su enfoque de la crianza de los hijos para adaptarse a la creciente independencia del niño. Usar la razón y tomar decisiones conjuntas siempre que sea posible puede ser el enfoque más efectivo (Berk, 2007) .19



Figura12.5.1: Cuando los niños crecen para amar la lectura, puede haber sido influenciado por las experiencias positivas de ser leídos en sus familias. (Imagen de la Biblioteca Pública de San José está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

Ambiente Familiar

Una de las formas de evaluar la calidad de vida familiar es considerar las tareas de las familias. Berger (2005) enumera cinco funciones familiares: 1. Proporcionar alimentos, ropa y refugio 2. Fomentar el aprendizaje 3. Desarrollar la autoestima 4. Fomentar amistades con compañeros 5. Proporcionando armonía y estabilidad

Observe que además de proporcionar alimentos, refugio y ropa, las familias son responsables de ayudar al niño a aprender, relacionarse con los demás y tener un sentido seguro de sí mismo. La familia proporciona un ambiente armonioso y estable para vivir. Un buen ambiente hogareño es aquel en el que se satisfacen adecuadamente las necesidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales del niño. A veces las familias enfatizan las necesidades físicas pero ignoran las necesidades cognitivas o emocionales. Otras veces, las familias prestan mucha atención a las necesidades físicas y los requisitos académicos, pero pueden no nutrir las amistades del niño con sus compañeros o guiar al niño hacia el desarrollo de relaciones saludables. Es posible que los padres quieran considerar cómo se siente vivir en el hogar. ¿Es estresante y conflictivo? ¿Es un lugar donde los miembros de la familia disfrutan estar? 21



Figura12.5.2: Esta madre está ayudando a su hijo a navegar usando una tableta. (La imagen de Intel Free Press está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

El modelo de estrés familiar

Las relaciones familiares se ven afectadas significativamente por condiciones fuera del hogar. Por ejemplo, el **Modelo de Estrés Familiar** describe cómo las dificultades financieras se asocian con los estados de ánimo deprimidos de los padres, lo que a su vez conduce a problemas conyugales y mala paternidad que contribuye a un menor ajuste infantil (Conger, Conger, & Martin, 2010). Dentro del hogar, la dificultad conyugal parental o el divorcio afecta a más de la mitad de los hijos que crecen hoy en Estados Unidos. El divorcio se asocia típicamente con tensiones económicas para los hijos y los padres, la renegociación de las relaciones entre padres e hijos (con uno de los padres típicamente como custodio principal y el otro asumiendo una relación de visita), y muchos otros ajustes significativos para los niños. El divorcio suele ser considerado por los niños como un triste punto de inflexión en sus vidas, aunque para la mayoría no se asocia con problemas de ajuste a largo plazo (Emery, 1999).

Formularios familiares

Como se discutió anteriormente en el capítulo 9, la sociología de la familia examina a la familia como institución y unidad de socialización. Los estudios sociológicos de la familia analizan las características demográficas de los miembros de la familia: tamaño de la familia, edad, etnia y género de sus miembros, clase social de la familia, nivel económico y movilidad de la familia, profesiones de sus miembros y niveles de educación de los miembros de la familia.

Actualmente, uno de los mayores temas que estudian los sociólogos son los roles cambiantes de los miembros de la familia. A menudo, cada miembro está restringido por los roles de género de la familia tradicional. Estos papeles, como el padre como sostén de la familia y la madre como ama de casa, están disminuyendo. Ahora, la madre suele ser la proveedora complementaria al tiempo que conserva las responsabilidades de la crianza de los hijos. En este escenario, el papel de las mujeres en la fuerza laboral es “compatible con las demandas de la familia tradicional”. Los estudios de sociología han examinado la adaptación del papel de los hombres tanto al cuidador como al proveedor. Los roles de género se entrelazan cada vez más y varias otras formas familiares son cada vez más comunes.

Cómo se ven las familias



Figura12.5.3: una familia sin hijos (Imagen de Adam Jones está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)



Figura12.5.4: una familia monoparental (padre) (La imagen está licenciada bajo CC0)



Figura12.5.5: una familia extendida (Imagen de Joint Base Elmendorf-Richardson es de dominio público)



Figura12.5.6: una familia del mismo sexo (Imagen de Surrogacy-UK está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)



Figura12.5.7: una familia monoparental (madre) (La imagen es de dominio público)



Figura12.5.8: una familia biparental (nuclear) (Imagen de Medicina del Ejército está licenciada bajo CC BY 2.0)

A lo largo de este libro de texto y en las imágenes anteriores, se puede ver una variedad de tipos de familias. Algunos de estos tipos de familias (las que no están en negrilla) se introdujeron en el Capítulo 9. Aquí hay una lista de algunos de los diversos tipos de familias:

Familias sin hijos

La **familia de soltería** contiene a una persona que no está casada o en una relación de hecho. Él o ella puede compartir una relación con una pareja pero llevar un estilo de vida único.

Las parejas que no tienen **hijos** a menudo se pasan por alto en la discusión de las familias.

Familias con un solo padre

Una familia monoparental generalmente se refiere a un progenitor que tiene la mayor parte de las responsabilidades cotidianas en la crianza del hijo o hijos, que no vive con un cónyuge o pareja, o que no está casado. El cuidador dominante es el padre con el que residen los hijos la mayor parte del tiempo; si los padres están separados o divorciados, los hijos conviven con su padre con custodia y tienen visitas con su padre sin custodia. En la sociedad occidental en general, tras una separación un niño terminará con el cuidador primario, generalmente la madre, y un cuidador secundario, generalmente el padre.

Las familias monoparentales por elección se refieren a una familia que una sola persona construye por elección. Estas familias pueden construirse con el uso de tecnología de reproducción asistida y gametos de donantes (espermatozoides y/o óvulos) o

embriones, subrogación, cuidado de crianza o parentesco, y adopción.

Dos familias parentales

La familia nuclear a menudo se conoce como la estructura familiar tradicional. Incluye a dos padres casados e hijos. Si bien es común en cultivos industrializados (como Estados Unidos), en realidad no es el tipo de familia más común a nivel mundial. 29

La convivencia es un arreglo donde dos personas que no están casadas conviven en una relación íntima, particularmente una íntima emocional y/o sexualmente, a largo plazo o permanente. Hoy en día, la convivencia es un patrón común entre las personas en el mundo occidental. Más de dos tercios de las parejas casadas en Estados Unidos dicen que vivieron juntas antes de casarse.

Las parejas de gays y lesbianas con hijos tienen familias del mismo sexo. Si bien ahora se reconoce legalmente en Estados Unidos, la discriminación contra las familias del mismo sexo no es infrecuente. Según la Academia Americana de Pediatría, existe “amplia evidencia para demostrar que a los niños criados por padres del mismo sexo les va así como a los criados por padres heterosexuales. Más de 25 años de investigación han documentado que no existe relación entre la orientación sexual de los padres y ninguna medida del ajuste emocional, psicosocial y conductual de un niño. Los adultos concienzudos y nutritivos, sean hombres o mujeres, heterosexuales u homosexuales, pueden ser excelentes padres. Los derechos, beneficios y protecciones del matrimonio civil pueden fortalecer aún más a estas familias” 30.

Las familias mixtas describen familias con padres mixtos: uno o ambos padres se volvieron a casar, trayendo hijos de la antigua familia a la nueva familia 31. Las familias mixtas son complejas en varias formas que pueden plantear desafíos únicos para aquellos que buscan formar relaciones familiares reconstituidas exitosas (Visser y Visser, 1985). A estas familias también se les conoce como familias reconstruidas.

Familias que incluyen adultos adicionales

Las familias extensas incluyen tres generaciones, abuelos, padres e hijos. Este es el tipo de familia más común en todo el mundo. 32

Las familias por elección son relativamente nuevas reconocidas. Popularizado por la comunidad LGBTQ para describir a una familia no reconocida por el sistema legal. Puede incluir niños adoptados, parejas residentes, familiares de cada miembro del hogar y amigos cercanos. Cada vez más la familia por elección está siendo practicada por aquellos que ven el beneficio de incluir a personas más allá de parientes consanguíneos en sus familias. 33

Si bien la mayoría de las familias en Estados Unidos son **monógamas**, algunas familias tienen más de dos padres casados. Estas familias son **polígamas** 34 La poligamia es ilegal en los 50 estados, pero es legal en otras partes del mundo. 35

Formas adicionales de familias

Las **familias de parentesco** son aquellas en las que el cuidado, la crianza y la protección de un niño a tiempo completo son proporcionados por familiares, miembros de su tribu o clan, padrinos, padrastros u otros adultos que tengan una relación familiar con un niño. Cuando los niños no pueden ser atendidos por sus padres, la investigación encuentra beneficios para el cuidado del parentesco.

Cuando una persona asume la paternidad de otro, generalmente un niño, del padre o padres biológicos o legales de esa persona esto crea **familias adoptivas**. La adopción legal transfiere permanentemente todos los derechos y responsabilidades y tiene por objeto afectar un cambio permanente de estatus y como tal requiere el reconocimiento social, ya sea mediante sanción legal o religiosa. Como se introduce en el Capítulo 3, la adopción se puede hacer de forma privada, a través de una agencia, o a través de hogares de guarda y en Estados Unidos o desde el extranjero. Las adopciones pueden ser cerradas (sin contacto con familias de nacimiento/biológicas o abiertas, con diferentes grados de contacto con nacimiento/familias biológicas). Las parejas, tanto del sexo opuesto como del mismo sexo, y los padres solteros pueden adoptar (aunque no todas las agencias y países extranjeros trabajarán con padres solteros, solteros o del mismo sexo) .37

Cuando los padres no son de la misma etnia, construyen **familias interraciales**. Hasta la decisión en Loving v Virginia en 1969, esto no era legal en Estados Unidos Hay otras partes del mundo donde casarse con alguien fuera de tu raza (o clase social) tiene ramificaciones legales y sociales. 38 Estas familias pueden experimentar problemas únicos de la cultura de cada familia individual.

Cambios en las Familias - Divorcio

Las tareas de las familias enumeradas anteriormente son funciones que pueden cumplirse en una variedad de tipos familiares, no solo en hogares biparentales intactos. La armonía y la estabilidad se pueden lograr en muchas formas familiares y cuando se interrumpe, ya sea a través del divorcio, o esfuerzos para mezclar familias, o cualquier otra circunstancia, el niño sufre (Hetherington y Kelly, 2002). Los cambios siguen ocurriendo, pero para los niños son especialmente vulnerables. El divorcio y cómo afecta a los niños depende de cómo los cuidadores manejen el divorcio, así como de cómo apoyan las necesidades emocionales del niño.



Figura 12.5.9: La forma en que el divorcio afecta a los niños depende en gran medida de cómo lo maneja (La imagen de Tony Guyton está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Divorcio

Se ha prestado mucha atención al impacto del divorcio en la vida de los hijos. El supuesto ha sido que el divorcio tiene un fuerte impacto negativo en el niño y que las familias monoparentales son deficientes de alguna manera. Sin embargo, 75-80 por ciento de los niños y adultos que experimentan el divorcio no sufren efectos a largo plazo (Hetherington & Kelly, 2002). Una visión objetiva del divorcio, la reasociación y el nuevo matrimonio indica que el divorcio, el nuevo matrimonio y la vida en familias reconstituidas pueden tener diversos efectos.⁴⁰

Factores que afectan el impacto del divorcio

Al observar las consecuencias (tanto a favor como en contra) del divorcio y el nuevo matrimonio en los hijos, tenga en cuenta estas funciones familiares. Algunas consecuencias negativas son el resultado de dificultades financieras más que del divorcio per se (Drexler, 2005). Algunas consecuencias positivas reflejan mejoras en el cumplimiento de estas funciones. Por ejemplo, hemos aprendido que una autoestima positiva viene en parte de la creencia en el yo y en las habilidades propias en lugar de simplemente ser complementada por otros. En los hogares monoparentales, los niños pueden tener más oportunidades de descubrir sus propias habilidades y obtener una independencia que fomente la autoestima. Si el divorcio lleva a peleas entre los padres y el niño se incluye en estos argumentos, su autoestima puede sufrir.

El impacto del divorcio en los hijos depende de una serie de factores. El grado de conflicto previo al divorcio juega un papel importante. Si el divorcio significa una reducción de las tensiones, el niño puede sentir alivio. Si los padres han mantenido ocultos sus conflictos, el anuncio de un divorcio puede llegar como un shock y encontrarse con un enorme resentimiento. Otro factor que tiene un gran impacto en el niño se refiere a las dificultades financieras que puedan sufrir, sobre todo si el apoyo financiero es inadecuado. Otra situación difícil para los hijos divorciados es la posición en la que se les pone si los padres continúan discutiendo y peleando, especialmente si llevan a los hijos a esos argumentos.

Consecuencias a corto plazo: Aproximadamente en el primer año siguiente al divorcio, los hijos pueden exhibir algunos de estos efectos a corto plazo:

1. Duelo por las pérdidas sufridas. El niño sufrirá la pérdida del progenitor que ya no ve con tanta frecuencia. El niño también puede afligirse por otros miembros de la familia que ya no están disponibles. El dolor a veces viene en forma de tristeza pero también se puede experimentar como ira o abstinencia. Los niños mayores pueden sentirse deprimidos. **2. Nivel de vida reducido.** Muy a menudo, el divorcio significa un cambio en la cantidad de dinero que ingresa al hogar. Los niños experimentan nuevas limitaciones en el gasto o el entretenimiento. Los niños en edad escolar, especialmente, pueden notar que ya no pueden tener juguetes, ropa u otros artículos a los que se hayan acostumbrado. O puede significar que hay menos salir a comer o poder pagar la televisión por cable, y así sucesivamente. El padre con custodia puede experimentar estrés por no poder depender de los pagos de manutención infantil o tener el mismo nivel de ingresos que antes. Esto puede afectar las decisiones en materia de atención médica, vacaciones, alquileres, hipotecas y otros gastos. Y el estrés puede resultar en menos felicidad y relajación en el hogar. El padre que

tiene que asumir más trabajo también puede estar menos disponible para los hijos. **3. Ajuste a Transiciones.** Los niños también pueden tener que adaptarse a otros cambios que acompañan a un divorcio. El divorcio podría significar mudarse a un nuevo hogar y cambiar de escuela o amigos. Podría significar dejar un barrio que también ha significado mucho para ellos.

Consecuencias a largo plazo: Aquí hay algunos efectos que van más allá de apenas el primer año después del divorcio.

1. Situación Económica/Ocupacional. Uno de los efectos a largo plazo más comúnmente citados del divorcio es que los hijos divorciados pueden tener menores niveles de educación o situación ocupacional. Esto puede ser consecuencia de menores ingresos y recursos para financiar la educación en lugar de divorciarse per se. En aquellos hogares donde no ocurren dificultades económicas, puede que no haya impacto en la situación económica (Drexler, 2005). **2. Relaciones mejoradas con el padre con custodia (generalmente la madre):** La mayoría de los hijos divorciados llevan vidas felices y bien ajustadas y desarrollan relaciones más fuertes y positivas con sus padres con custodia (Secombe y Warner, 2004). Otros también han encontrado que las relaciones entre madres e hijos se vuelven más y más fuertes (Guttman, 1993) y sugieren que una mayor igualdad y una crianza menos rígida es beneficiosa después del divorcio (Steward, Copeland, Chester, Malley y Barenbaum, 1997). **3. Mayor independencia emocional en los hijos.** Drexler (2005) señala que los hijos que son criados por madres solo desarrollan una sensibilidad emocional hacia los demás que es beneficiosa en las relaciones. **4. Sentirse más ansiosos en sus propias relaciones amorosas.** Los hijos de divorcio pueden sentirse más ansiosos por sus propias relaciones cuando son adultos. Esto puede reflejar un miedo al divorcio si las cosas salen mal, o puede ser el resultado de establecer mayores expectativas para sus propias relaciones. **5. Ajuste del progenitor con custodia.** Furstenberg y Cherlin (1991) creen que el factor principal que influye en la forma en que los niños se ajustan al divorcio es la forma en que el padre con custodia se ajusta al divorcio. Si ese padre se está ajustando bien, los hijos se beneficiarán. Esto puede explicar buena parte de la variación que encontramos en los hijos de divorcio.⁴¹



Figura12.5.10: Jeanette Wilinski es madre de Elizabeth, Logan y Alexis. Como madre soltera, tiene que encontrar un equilibrio entre cuidar la misión de la Fuerza Aérea y cuidar a sus hijos. (Imagen de la Base de la Fuerza Aérea Scott es de dominio público)

Las familias son la parte más importante de la vida de 6 a 11 años. Sin embargo, los compañeros y las amistades se vuelven cada vez más importantes para el niño en la mediana infancia.

Colaboradores y Atribuciones

19. [Sociología: La edición breve](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
21. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
29. [Tipos de familias](#) por Lumen referencias [Antropología cultural/Instituciones sociales/Familia](#) por [WikiEducator](#), que está licenciado bajo [CC0](#)
30. El matrimonio entre personas del mismo sexo por Wikipedia está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)
31. Familia por Wikipedia está licenciado bajo [CC BY SA 3.0](#)
32. [Tipos de familias](#) por Lumen referencias [Antropología cultural/Instituciones sociales/Familia](#) por [WikiEducator](#), que está licenciado bajo [CC BY-SA](#)
33. [Tipos de familias](#) por Lumen referencias [Antropología cultural/Instituciones sociales/Familia](#) por [WikiEducator](#), que está licenciado bajo [CC BY-SA](#)
34. [Familia](#) por Wikipedia está licenciado bajo [CC BY SA 3.0](#)
35. Legalidad de la poligamia por Wikipedia está bajo licencia [CC BY-SA 3.0](#)

36. Acerca de Kinship Care by the Child Welfare Information Gateway es de dominio público
37. La adopción por Wikipedia está licenciada bajo CC BY-SA 3.0
38. El matrimonio interracial por Wikipedia está licenciado bajo CC BY-SA 3.0
40. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
41. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [12.5: El niño y la familia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.6: Amistades, compañeros y grupos de pares

Las relaciones entre padres e hijos no son las únicas relaciones significativas en la vida de un niño. Las amistades adquieren una nueva importancia como jueces del valor, la competencia y el atractivo de uno. Las amistades brindan la oportunidad de aprender habilidades sociales como cómo comunicarse con los demás y cómo negociar las diferencias. Los niños obtienen ideas unos de otros sobre cómo realizar ciertas tareas, cómo ganar popularidad, qué ponerse, decir y escuchar, y cómo actuar. Esta sociedad de niños marca una transición de una vida centrada en la familia a una vida preocupada por los compañeros. Los compañeros juegan un papel clave en la autoestima de un niño a esta edad como te dirá cualquier padre que haya intentado consolar a un niño rechazado. No importa cuán complaciente y alentador pueda ser el padre, ser rechazado por amigos sólo puede remediarse con una aceptación renovada. 43



Figura12.6.1: Los compañeros influyen en la autoestima de un niño. (Imagen de Robins Air Force Base es de dominio público)

La conceptualización infantil de lo que convierte a alguien en un “amigo” cambia de una comprensión más egocéntrica a una basada en la confianza y el compromiso mutuos. Tanto Bigelow (1977) como Selman (1980) creen que estos cambios están vinculados a avances en el desarrollo cognitivo. Bigelow y La Gaipa (1975) esbozan tres etapas para la conceptualización infantil de la amistad 45

Tabla12.6.1: Tres etapas para la conceptualización infantil de la amistad (Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media por Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psyc Psicología por Laura Overstreet, licenciada bajo CC BY 4.0)

Escenario	Descripciones
Etapas Uno	En la primera etapa, el costo de recompensa, la amistad se centra en las actividades mutuas. Los niños en la infancia temprana, media y tardía enfatizan intereses similares como las principales características de un buen amigo.
Etapas Dos	En la segunda etapa, la expectativa normativa, se centra en la moral convencional; es decir, el énfasis está en un amigo como alguien que es amable y comparte contigo. Clark y Bittle (1992) encontraron que los alumnos de quinto grado enfatizaron esto en un amigo más que los de tercer u octavo grado.
Etapas Tres	En la tercera etapa, empatía y comprensión, los amigos son personas leales, comprometidas con la relación y comparten información íntima. Clark y Bittle (1992) informaron que los alumnos de octavo grado enfatizaron esto más en un amigo. También encontraron que ya en quinto grado, las niñas empezaban a incluir el intercambio de secretos y no traicionar confidencias como cruciales para alguien que es amigo.

Las amistades son muy importantes para los niños. La interacción social con otro niño que es similar en edad, habilidades y conocimientos provoca el desarrollo de muchas habilidades sociales que son valiosas para el resto de la vida (Bukowski, Buhrmester, & Underwood, 2011). En estas relaciones, los niños aprenden a iniciar y mantener interacciones sociales con otros niños. Aprenden habilidades para manejar conflictos, como tomar turnos, compromisos y negociación. El juego también implica la

coordinación mutua, a veces compleja, de metas, acciones y comprensión. A través de estas experiencias, los niños desarrollan amistades que brindan fuentes adicionales de seguridad y apoyo a las que brindan sus padres.⁴⁷

Cinco Etapas de la Amistad desde la Primera Infancia hasta la Adultez 48

Selman (1980) describe cinco etapas de la amistad desde la primera infancia hasta la edad adulta.

- En la etapa 0, **interacción física momentánea**, *un amigo es alguien con quien estás jugando en este momento*. Selman señala que esto es típico de niños de entre tres y seis años de edad. Estas amistades tempranas se basan más en circunstancias (por ejemplo, un vecino) que en similitudes genuinas.
- En la etapa 1, **asistencia unidireccional**, *un amigo es alguien que hace cosas buenas por ti*, como guardarte un asiento en el autobús escolar o compartir un juguete. No obstante, los niños en esta etapa, no siempre piensan en lo que están contribuyendo a las relaciones. No obstante, tener un amigo es importante y los niños a veces aguantan a un amigo no tan agradable, solo para tener un amigo. Niños de tan solo cinco años y tan viejos como nueve pueden estar en esta etapa.
- En la etapa 2, **cooperación con buen tiempo**, los niños están muy preocupados por la equidad y la reciprocidad, y así, *un amigo es alguien que devuelve un favor*. En esta etapa, si un niño hace algo agradable por un amigo existe la expectativa de que el amigo haga algo agradable por ellos en la primera oportunidad disponible. Cuando esto no sucede, un niño puede romper la amistad. Selman encontró que algunos niños de tan solo siete años y tan viejos como doce están en esta etapa.
- En la etapa 3, el **intercambio íntimo y mutuo**, típicamente entre los ocho y los quince años, *un amigo es alguien a quien puedes decirle cosas que no le dirías a nadie más*. Los niños y adolescentes en esta etapa ya no “llevan la cuenta” y hacen cosas por un amigo porque realmente se preocupan por la persona. Si una amistad se disuelve en esta etapa suele deberse a una violación de la confianza. No obstante, los niños en esta etapa sí esperan que su amigo comparta intereses y puntos de vista similares y pueden tomarlo como una traición si a un amigo le gusta alguien que no le gusta.
- En la etapa 4, **interdependencia autónoma**, *un amigo es alguien que te acepta y que aceptas como son*. En esta etapa niños, adolescentes y adultos aceptan e incluso aprecian las diferencias entre ellos y sus amigos. Tampoco son tan posesivos, por lo que es menos probable que se sientan amenazados si sus amigos tienen otras relaciones o intereses. Los niños suelen tener doce años o más en esta etapa.

Grupos de pares

Sin embargo, las relaciones entre pares pueden ser desafiantes y solidarias (Rubin, Coplan, Chen, Bowker, & McDonald, 2011). Ser aceptado por otros niños es una fuente importante de afirmación y autoestima, pero el rechazo de los compañeros puede presagiar problemas de conducta posteriores (especialmente cuando los niños son rechazados por un comportamiento agresivo). Al aumentar la edad, los niños enfrentan los desafíos del acoso escolar, la victimización entre pares y el manejo de las presiones de conformidad. La comparación social con los compañeros es un medio importante por el cual los niños evalúan sus habilidades, conocimientos y cualidades personales, pero puede hacer que sientan que no se encuentran bien frente a los demás. Por ejemplo, un chico que no es atlético puede sentirse indigno de sus compañeros que juegan fútbol y volver a un comportamiento tímido, aislándose y evitando la conversación. Por el contrario, un atleta que no “consigue” a Shakespeare puede sentirse avergonzado y evitar leer por completo.



Figura 12.6.2: La comparación social con compañeros es un medio importante por el cual los niños evalúan su valor. (Imagen del Ejército de Estados Unidos es de dominio público)

Además, con el enfoque de la adolescencia, las relaciones entre pares se enfocan en la intimidad psicológica, involucrando la divulgación personal, la vulnerabilidad y la lealtad (o su traición), lo que afecta significativamente la perspectiva del niño sobre el mundo. Cada uno de estos aspectos de las relaciones entre pares requiere desarrollar habilidades sociales y emocionales muy

diferentes a las que surgen en las relaciones entre padres e hijos. También ilustran las muchas formas en que las relaciones entre pares influyen en el crecimiento de la personalidad y el autoconcepto.⁵⁰

Colaboradores y Atribuciones

43. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

45. [Desarrollo de la vida útil - Módulo 6: Infancia Media](#) por [Lumen Referencias de aprendizaje Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

47. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

[Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

48. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

50. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [12.6: Amistades, compañeros y grupos de pares](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

12.7: Relaciones entre pares

La mayoría de los niños quieren que sus amigos les gusten y acepten. Algunos niños populares son agradables y tienen buenas habilidades sociales. A estos niños populares-prosociales les va bien en la escuela y son cooperativos y amigables. Los niños populares-antisociales pueden ganar popularidad actuando duro o difundiendo rumores sobre otros (Cillessen & Mayeux, 2004). A veces se excluye a los niños rechazados porque son tímidos y retraídos. Los niños retirados y rechazados son blancos fáciles para los matones porque es poco probable que tomen represalias cuando son menospreciados (Boulton, 1999). Otros niños rechazados son condenados al ostracismo porque son agresivos, ruidosos y confrontacionales. Los niños rechazados agresivamente pueden estar actuando por un sentimiento de inseguridad. Desafortunadamente, su miedo al rechazo solo lleva a un comportamiento que trae un mayor rechazo por parte de otros niños. Los niños que no son aceptados tienen más probabilidades de experimentar conflictos, carecen de confianza y tienen problemas para adaptarse.



Figura12.7.1: Las relaciones entre pares son particularmente importantes para los niños. Pueden ser solidarios pero también desafiantes. El rechazo de pares puede conducir a problemas de comportamiento más adelante en la vida. (La imagen de [tup wanders](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Las relaciones entre pares se estudian mediante **evaluación sociométrica** (que mide la atracción entre miembros de un grupo). A los niños se les pide mencionar a los tres niños con los que más les gusta jugar, y aquellos con los que no les gusta jugar. Se tabula el número de veces que un niño es nominado para cada una de las dos categorías (como y no me gusta). Con base en esas tabulaciones, los niños se categorizan en las siguientes categorías:

Tabla12.7.1: Categorías en relaciones entre pares ([Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#))

Categoría	Descripción
Niños Populares	Recibe muchos votos en la categoría “me gusta”, y muy pocos en la categoría “no me gusta”.
Niños rechazados	Recibir más votos desfavorables, y pocos favorables.
Niños polémicos	Mencionados frecuentemente en cada categoría, con varios niños gustándolos y varios niños colocándolos en la categoría no me gusta.
Niños desatendidos	Raramente mencionado en cualquiera de las categorías.
Promedio de niños	Tener algunos votos positivos con muy pocos negativos.
Niños populares-prosociales	Son agradables y tienen buenas habilidades sociales; tienden a ir bien en la escuela y son cooperativos y amigables.
Niños populares-antisociales	Puede ganar popularidad actuando duro o difundiendo rumores sobre otros.
Niños rechazados y retirados	Son tímidos y retraídos y son blancos fáciles para los matones porque es poco probable que tomen represalias cuando se menosprecian.
Niños rechazados-agresivos	Están condenados al ostracismo porque son agresivos, ruidosos y confrontacionales. Pueden estar actuando por un sentimiento de inseguridad.

Desafortunadamente para los niños rechazados, su miedo al rechazo solo lleva a un comportamiento que trae un mayor rechazo por parte de otros niños. Los niños que no son aceptados tienen más probabilidades de experimentar conflictos, carecen de confianza y tienen problemas para adaptarse. (Klima & Repetti, 2008; Schwartz, Lansford, Dodge, Pettit, & Bates, 2014). 53

Colaboradores y Atribuciones

53. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [12.7: Relaciones entre pares](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.8: Agresión, comportamiento antisocial, matones y víctimas

Agresión y comportamiento antisocial

La agresión puede ser física o verbal/emocional. La agresión es activada en gran parte por la amígdala y regulada por la corteza prefrontal.



Figura12.8.1: Este niño está amenazando con agresión física. (La imagen de Philippe Put está licenciada bajo CC BY 2.0)

La testosterona se asocia con un aumento de la agresión tanto en hombres como en mujeres. La agresión también es causada por experiencias y emociones negativas, incluyendo frustración, dolor y calor. Según lo predicho por los principios del aprendizaje observacional, la evidencia de investigación deja muy claro que, en promedio, las personas que ven comportamientos violentos se vuelven más agresivos. El comportamiento temprano y antisocial lleva a entablar amistad con otros que también se involucran en conductas antisociales, lo que sólo perpetúa el ciclo descendente de agresión y actos ilícitos. 55

Bullying y Víctimas

Según StopBullying.gov (2016), un sitio web del gobierno federal administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, el **acoso** se define como un comportamiento agresivo no deseado entre niños en edad escolar que implica un desequilibrio de poder real o percibido. Además, el comportamiento agresivo ocurre más de una vez o tiene el potencial de repetirse. Existen diferentes tipos de acoso, incluido el acoso verbal, que es decir o escribir cosas malas, burlas, insultar, burlarse, amenazar o hacer comentarios sexuales inapropiados. El acoso social, también conocido como bullying relacional, implica difundir rumores, excluir a propósito a alguien de un grupo o avergonzar a alguien a propósito. El acoso físico implica lastimar el cuerpo o las posesiones de una persona.

Una forma más reciente de acoso es el **ciberacoso**, que involucra la tecnología electrónica. Ejemplos de ciberacoso incluyen el envío de mensajes de texto o correos electrónicos malos, la creación de perfiles falsos y la publicación de fotos, videos o rumores vergonzosos en sitios de redes sociales. Los niños que experimentan ciberacoso tienen más dificultades para alejarse del comportamiento porque puede ocurrir a cualquier hora del día y sin estar en presencia de otros (StopBullying.gov, 2016). 56



Figura12.8.2: El ciberacoso puede ser devastador para los niños. (Imagen en Pixabay)

Aquellos en Riesgo de Acoso

El acoso puede ocurrirle a cualquiera, excepto a algunos estudiantes, que corren un mayor riesgo de ser intimidados, incluidos los jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transexuales (LGBT), aquellos con discapacidades y aquellos que están socialmente aislados. Adicionalmente, aquellos que son percibidos como diferentes, débiles, menos populares, con sobrepeso o con baja autoestima, tienen una mayor probabilidad de ser intimidados.

Aquellos que son más propensos a intimidar

A menudo se piensa que los matones tienen baja autoestima, y luego intimidan a otros para que se sientan mejor consigo mismos. Aunque esto puede ocurrir, muchos matones de hecho tienen altos niveles de autoestima. Poseen considerable popularidad y poder social y tienen relaciones de pares bien conectadas. No les falta autoestima, y en cambio carecen de empatía por los demás. Les gusta dominar o estar a cargo de los demás.

Niños intimidados

Desafortunadamente, la mayoría de los niños no dejan saber a los adultos que están siendo intimidados. Algunos temen represalias por parte del matón, mientras que otros están demasiado avergonzados para pedir ayuda. Aquellos que están socialmente aislados pueden no saber a quién pedir ayuda o creer que a nadie le importaría o ayudaría si lo hicieran pedir ayuda. En consecuencia, es importante que padres de familia y maestros conozcan las señales de advertencia que puedan indicar que un niño está siendo acosado. Estos incluyen: lesiones inexplicables, posesiones perdidas o destruidas, cambios en los patrones de alimentación o sueño, disminución de calificaciones escolares, no querer ir a la escuela, pérdida de amigos, disminución de la autoestima y/o comportamientos autodestructivos.

Colaboradores y Atribuciones

55. [Sociología: La edición breve](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

56. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [12.8: Agresión, comportamiento antisocial, matones y víctimas](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

12.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- La cuarta etapa de la industria vs inferioridad de Erikson
- Etapas de desarrollo moral de Kohlberg
- Cómo los niños en edad escolar continúan desarrollando su autocomprensión
- El papel de la familia y las diferentes formas de familia
- Divorcio y cómo cambia la familia
- La importancia de los compañeros y las amistades
- Niños en grupos de pares y tipos de amistades
- Consecuencias de la aceptación o rechazo de pares

En el próximo capítulo pasaremos a nuestro último periodo de desarrollo y examinaremos el desarrollo físico en la adolescencia.

This page titled [12.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

13: Adolescencia - Desarrollo Físico

objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Explicar los cambios en el crecimiento físico y el crecimiento cerebral
2. Comparar y contrastar diferentes cambios masculinos y femeninos que ocurren durante la pubertad
3. Discutir sobre embarazo adolescente, control de la natalidad y salud sexual
4. Resumir la salud de los adolescentes: sueño, dieta y ejercicio
5. Discutir el abuso de drogas y sustancias
6. Explicar la prevalencia, factores de riesgo y consecuencias del embarazo adolescente y la salud sexual
7. Describir varios problemas de salud mental para adolescentes

La adolescencia suele definirse como el periodo que comienza con la pubertad y termina con la transición a la edad adulta. La edad inicial comúnmente aceptada para este periodo de desarrollo es la edad de 12 años. Cuando termina la adolescencia es más difícil de precisar. ¿Cuándo comienza realmente la edad adulta? ¿Somos adultos a los 18 años de edad? ¿O 20? ¿O incluso mayores? El desarrollo físico de la adolescencia ha evolucionado históricamente, con evidencias que indican que esta etapa se alarga a medida que los individuos inician la pubertad antes y la transición a la edad adulta más tarde que en el pasado. La pubertad comienza hoy, en promedio, a la edad de 10 a 11 años para las niñas y de 11 a 12 años para los niños. Esta edad promedio de inicio ha disminuido gradualmente con el tiempo desde el siglo XIX en 3—4 meses por década, lo que se ha atribuido a una serie de factores que incluyen una mejor nutrición, obesidad, aumento de la ausencia paterna y otros factores ambientales (Steinberg, 2013). La finalización de la educación formal, la independencia financiera de los padres, el matrimonio y la paternidad han sido todos marcadores del final de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta, y todas estas transiciones ocurren, en promedio, más tarde ahora que en el pasado.

[13.1: Crecimiento Físico](#)

[13.2: Crecimiento cerebral](#)

[13.3: Cambios físicos en la adolescencia](#)

[13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio](#)

[13.5: Mantener la salud emocional](#)

[13.6: Trastornos y Síndromes](#)

[13.S: Resumen](#)

Miniatura: www.pexels.com/photo/mujer-putting-on-makeup-3059392/

This page titled [13: Adolescencia - Desarrollo Físico](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.1: Crecimiento Físico

El **brote de crecimiento adolescente** es un rápido aumento en la estatura y el peso de un individuo durante la pubertad como resultado de la liberación simultánea de hormonas de crecimiento, hormonas tiroideas y andrógenos. Los machos experimentan su crecimiento acelerado aproximadamente dos años después que las hembras. El crecimiento acelerado en diversas partes del cuerpo ocurre en diferentes momentos, pero para todos los adolescentes tiene una secuencia bastante regular. Los primeros lugares para crecer son las extremidades (cabeza, manos y pies), seguidas por los brazos y las piernas, y posteriormente el torso y los hombros. Este crecimiento no uniforme es una de las razones por las que un cuerpo adolescente puede parecer desmedido. Durante la pubertad, los huesos se vuelven más duros y quebradizos.

Antes de la pubertad, casi no hay diferencias entre hombres y mujeres en la distribución de grasa y músculo. Durante la pubertad, los machos crecen los músculos mucho más rápido que las hembras, y las hembras experimentan un mayor aumento en la grasa corporal. El corazón y los pulmones de un adolescente aumentan tanto en tamaño como en capacidad durante la pubertad; estos cambios contribuyen a aumentar la fuerza y tolerancia al ejercicio.



Figura13.1.1: Un adolescente (Imagen en Pixabay)



Figura13.1.2: Una adolescente (Imagen en Pixabay)

This page titled [13.1: Crecimiento Físico](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.2: Crecimiento cerebral

El crecimiento cerebral continúa hasta principios de los años 20. El desarrollo del lóbulo frontal, en particular, es importante durante esta etapa. Los adolescentes a menudo se involucran en comportamientos de mayor riesgo y experimentan emociones aumentadas durante la pubertad; esto puede deberse al hecho de que los lóbulos frontales de sus cerebros, que son responsables del juicio, control de impulsos y planificación, todavía están madurando hasta la edad adulta temprana (Casey, Tottenham, Liston, & amplificador; Durston, 2005)

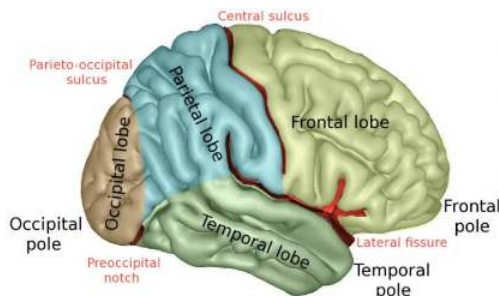


Figura13.2.1: El cerebro continúa desarrollándose hasta la edad adulta temprana. (Imagen de Sebastian023 está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

El cerebro sufre cambios dramáticos durante la adolescencia. Aunque no se hace más grande, madura volviéndose más interconectada y especializada (Giedd, 2015). Continúa la mielinización y desarrollo de conexiones entre neuronas. Esto da como resultado un aumento en la materia blanca del cerebro, y permite al adolescente realizar mejoras significativas en sus habilidades de pensamiento y procesamiento. Diferentes áreas cerebrales se mielinizan en diferentes momentos. Por ejemplo, las áreas del lenguaje del cerebro sufren mielinización durante los primeros 13 años. El aislamiento completo de los axones consolida estas habilidades lingüísticas pero dificulta el aprendizaje de un segundo idioma. Con mayor mielinización, sin embargo, viene disminuida la plasticidad ya que un recubrimiento de mielina inhibe el crecimiento de nuevas conexiones (Dobbs, 2012).

Aun cuando se fortalecen las conexiones entre neuronas, la poda sináptica ocurre más que durante la infancia a medida que el cerebro se adapta a los cambios en el ambiente. Esta **poda sináptica** hace que la materia gris del cerebro, o la corteza, se vuelva más delgada pero más eficiente (Dobbs, 2012). El cuerpo calloso, que conecta los dos hemisferios, continúa espesándose, permitiendo conexiones más fuertes entre las áreas cerebrales. Adicionalmente, el hipocampo se conecta más fuertemente a los lóbulos frontales, lo que permite una mayor integración de la memoria y las experiencias en nuestra toma de decisiones. 4

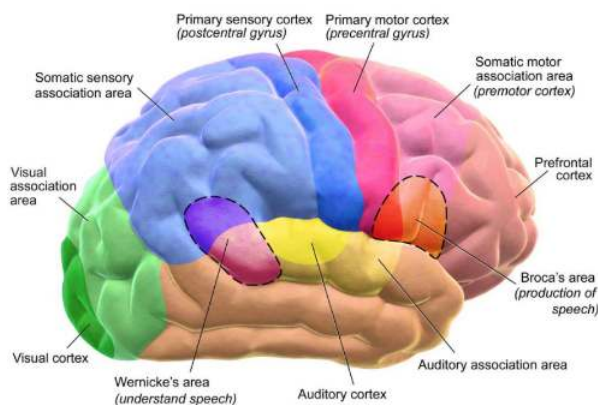


Figura13.2.2: Durante la adolescencia el cerebro se vuelve más interconectado y especializado. (La imagen de BruceBlaus está licenciada bajo [CC BY 3.0](#))

El **sistema límbico**, que regula la emoción y la recompensa, está vinculado a los cambios hormonales que ocurren en la pubertad. El sistema límbico también está relacionado con la búsqueda de novedades y un cambio hacia la interacción con los compañeros. En contraste, la **corteza prefrontal**, que está involucrada en el control de impulsos, organización, planeación y toma de buenas decisiones, no se desarrolla completamente hasta mediados de los años 20. Según Giedd (2015) el aspecto significativo de la corteza prefrontal en desarrollo posterior y el desarrollo temprano del sistema límbico es el “desajuste” en el tiempo entre los dos. Los aproximadamente diez años que separan el desarrollo de estas dos áreas cerebrales pueden resultar en conductas de riesgo,

mala toma de decisiones y débil control emocional para el adolescente. Cuando la pubertad comienza antes, este desajuste se extiende aún más.

Los adolescentes suelen correr más riesgos que los adultos y, según la investigación, es porque pesan los riesgos y las recompensas de manera diferente que los adultos (Dobbs, 2012). Para los adolescentes, la sensibilidad del cerebro al neurotransmisor dopamina alcanza su punto máximo, y la [dopamina\[1\]](#) está involucrada en circuitos de recompensa por lo que las posibles recompensas superan los riesgos. Los adolescentes responden con especial fuerza a las recompensas sociales durante las actividades, y prefieren la compañía de otros de su misma edad. Además de la dopamina, el cerebro adolescente se ve afectado por la [oxitocina](#), lo que facilita la vinculación y hace que las conexiones sociales sean más gratificantes. Con tanto la dopamina como la oxitocina comprometidas, no es de extrañar que los adolescentes busquen compañeros y emociones en sus vidas que puedan terminar dañándolos de hecho.

Debido a todos los cambios que ocurren en el cerebro adolescente, las posibilidades de desarrollo anormal pueden ocurrir, incluyendo enfermedades mentales. De hecho, el 50% de la enfermedad mental ocurre a los 14 años y el 75% ocurre a los 24 años (Giedd, 2015). Adicionalmente, durante este periodo de desarrollo el cerebro adolescente es especialmente vulnerable al daño por exposición a drogas. Por ejemplo, la exposición repetida a la marihuana puede afectar la actividad celular en el sistema endocannabinoide. En consecuencia, los adolescentes son más sensibles a los efectos de la exposición repetida a la marihuana (Weir, 2015).

Sin embargo, los investigadores también se han centrado en las cualidades altamente adaptativas del cerebro adolescente, que permiten al adolescente alejarse de la familia hacia el mundo exterior (Dobbs, 2012; Giedd, 2015). La búsqueda de novedades y la toma de riesgos pueden generar resultados positivos, incluyendo conocer gente nueva y buscar nuevas situaciones. Separarse de la familia y entrar en nuevas relaciones y experiencias diferentes son en realidad bastante adaptables para la sociedad. 6



Figura13.2.3: Los adolescentes prefieren la compañía de otros de su misma edad. (Imagen de [Bailey Torres](#) en [Unsplash](#))

El crecimiento físico y los cambios de la pubertad marcan el inicio de la adolescencia (Lerner & Steinberg, 2009). Tanto para niños como para niñas, estos cambios incluyen un crecimiento acelerado en la altura, crecimiento del vello púbico y axilar y cambios en la piel (p. ej., espinillas). Las hormonas impulsan estos cambios pubescentes, particularmente el aumento de la testosterona para los niños y el estrógeno para las niñas. 8

Colaboradores y Atribuciones

4. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

6. [Una Introducción a la Nutrición- Nutrición a través del Ciclo de Vida: Del Embarazo a los Años del Niño](#) por Maureen Zimmerman y Beth Snow está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

8. [Desarrollo adolescente](#) por Jennifer Lansford está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

This page titled [13.2: Crecimiento cerebral](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.3: Cambios físicos en la adolescencia

La adolescencia comienza con el inicio de la **pubertad**, periodo de desarrollo en el que los cambios hormonales provocan rápidas alteraciones físicas en el organismo, culminando en la madurez sexual. Aunque el tiempo varía en cierta medida según las culturas, el rango de edad promedio para llegar a la pubertad es entre 9 y 14 años para las niñas y entre 10 y 17 años para los niños (Marshall & Tanner, 1986). Este periodo de desarrollo físico del adolescente de 9 a 13 años se divide en dos fases. 9

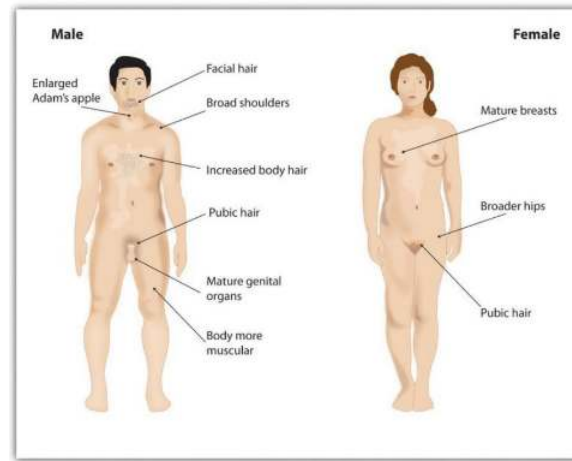


Figura13.3.1: La pubertad trae cambios dramáticos en el cuerpo, incluyendo el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias. (Imagen de la [Universidad Abierta de Hong Kong](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

La primera fase de la pubertad comienza cuando la glándula pituitaria comienza a estimular la producción de la hormona sexual masculina **testosterona** en los niños y las hormonas sexuales femeninas **estrógeno** y **progesterona** en las niñas. La liberación de estas hormonas sexuales desencadena el desarrollo de las **características sexuales primarias**, los órganos sexuales que se ocupan de la reproducción. También implica incrementos de altura de 20 a 25 por ciento. La pubertad es la segunda después del periodo prenatal en términos de crecimiento rápido ya que los huesos largos se estiran hasta su talla final, adulta. Las niñas crecen 2—8 pulgadas (5—20 centímetros) más altas, mientras que los niños crecen 4—12 pulgadas (10—30 centímetros) más altas.

Las **características sexuales secundarias** son cambios físicos visibles no directamente relacionados con la reproducción sino que señalan madurez sexual. El crecimiento acelerado para las niñas suele ocurrir antes que el de los niños, y algunos niños continúan creciendo hasta los 20 años. Para los machos esto incluye hombros más anchos, una manzana de Adán agrandada y una voz más baja a medida que crece la **laringe**. Los niños suelen comenzar a crecer vello facial entre los 14 y 16 años, que se vuelve más grueso y oscuro, y el crecimiento del vello ocurre en el área púbica, debajo de los brazos y en la cara.

Para las mujeres el agrandamiento de los senos suele ser el primer signo de pubertad y, en promedio, ocurre entre los 10 y 12 años (Marshall & Tanner, 1986). Las caderas de la niña se ensanchan y el vello púbico y axilar se desarrolla y se vuelve más oscuro y más áspero. Tanto los niños como las niñas experimentan un rápido crecimiento acelerado durante esta etapa. Los machos y las hembras pueden comenzar a afeitarse durante este periodo de tiempo así como mostrar signos de acné en la cara y el cuerpo.



Figura13.3.2: Los machos suelen comenzar a afeitarse durante la pubertad. (La imagen de [Antiporda Productions](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

El **acné** es una consecuencia desagradable de los cambios hormonales en la pubertad. El **acné** se define como granos en la piel debido a glándulas sebáceas hiperactivas (productoras de aceite) (Dolgin, 2011). Estas glándulas se desarrollan a mayor velocidad que los conductos cutáneos que descargan el aceite. En consecuencia, los conductos pueden bloquearse con la piel muerta y se

desarrollará acné. De acuerdo con el Centro Médico de la Universidad de California en Los Ángeles (2000), aproximadamente 85% de los adolescentes desarrollan acné, y los niños desarrollan acné más que las niñas debido a mayores niveles de testosterona en sus sistemas (Dolgin, 2011). Las hormonas que también son responsables del desarrollo sexual también pueden causar estragos en la piel de la adolescente.¹²

Un hito importante en la pubertad para las niñas es la **menarquia**, el primer período menstrual, que generalmente se experimenta alrededor de los 12 o 13 años de edad (Anderson, Dannal, & Must, 2003). La edad de la menarquia varía sustancialmente y está determinada por la genética, así como por la dieta y el estilo de vida, ya que se necesita cierta cantidad de grasa corporal para alcanzar la menarquia. Las niñas muy delgadas, que realizan extenuantes actividades atléticas, o que están desnutridas pueden comenzar a menstruar más tarde. Incluso después de que comience la menstruación, las niñas cuyo nivel de grasa corporal desciende por debajo del nivel crítico pueden dejar de tener sus períodos. La secuencia de eventos para la pubertad es más predecible que la edad a la que ocurren. Algunas niñas pueden comenzar a crecer vello púbico a los 10 años pero no alcanzar la menarquia hasta los 15.13 años

Anatomía Masculina

Los machos tienen genitales tanto internos como externos que son responsables de la procreación y las relaciones sexuales. Los machos producen sus espermatozoides en un ciclo, y a diferencia del ciclo de ovulación de la hembra, el ciclo de producción de esperma masculino produce constantemente millones de espermatozoides diariamente. Los órganos sexuales masculinos son el pene y los testículos, estos últimos producen semen y esperma. El semen y el esperma, como resultado de las relaciones sexuales, pueden fertilizar un óvulo en el cuerpo de la hembra; el óvulo fecundado (cigoto) se convierte en un feto, que luego nace de niño.

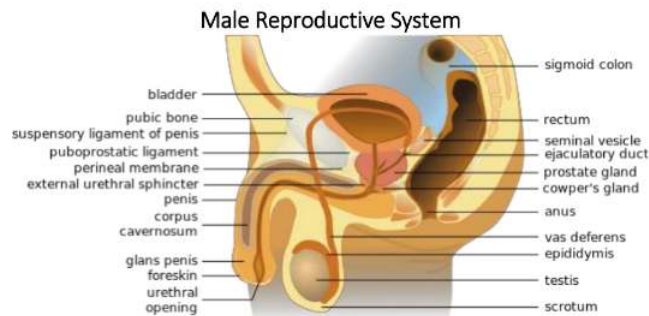


Figura13.3.3: (La imagen es de dominio público)

Anatomía Femenina

Los genitales externos femeninos se conocen colectivamente como vulva, que incluye los mons veneris, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, la abertura vaginal y la abertura uretral. Los órganos reproductores internos femeninos consisten en la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero aloja al feto en desarrollo, produce secreciones vaginales y uterinas, y pasa el esperma del macho a través de las trompas de Falopio mientras los ovarios liberan los óvulos. Nace una hembra con todos sus óvulos ya producidos. La vagina se une al útero a través del cuello uterino, mientras que el útero se une a los ovarios a través de las trompas de Falopio. Las hembras tienen un ciclo reproductivo mensual; a ciertos intervalos los ovarios liberan un óvulo, que pasa a través de la trompa de Falopio hacia el útero. Si, en este tránsito, se encuentra con esperma, el esperma podría penetrar y fusionarse con el óvulo, fertilizándolo. Si no se fertiliza, el óvulo y el tejido que recubre el útero se eliminan del sistema a través de **la menstruación** (alrededor de cada 28 días).

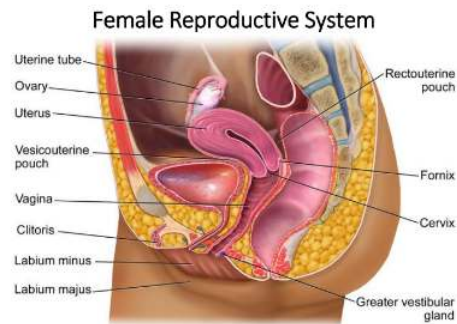


Figura13.3.4: (La imagen de BruceBlaus está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Efectos de la pubertad en el desarrollo

La edad de la pubertad es cada vez más pequeña para los niños de todo el mundo. Hace un siglo la edad promedio del primer periodo de una niña en Estados Unidos y Europa era de 16 años, mientras que hoy ronda los 13. Debido a que no hay un marcador claro de pubertad para los niños, es más difícil determinar si los niños están madurando antes, también. Además de una mejor nutrición, las razones menos positivas asociadas con la pubertad temprana para las niñas incluyen el aumento del estrés, la obesidad y la alteración endocrina.

Debido a que las tasas de desarrollo físico varían tan ampliamente entre los adolescentes, la pubertad puede ser una fuente de orgullo o vergüenza. Las niñas y los niños que se desarrollan más lentamente que sus compañeros pueden sentirse cohibidos por su falta de desarrollo físico; algunas investigaciones han encontrado que los sentimientos negativos son particularmente un problema para los niños de maduración tardía, que tienen un mayor riesgo de depresión y conflicto con los padres (Graber et al., 1997) y más propensos a ser acosados (Pollack & Shuster, 2000). Adicionalmente, los problemas son más propensos a ocurrir cuando el niño está entre los primeros en su grupo de pares en desarrollarse. Debido a que el tiempo preadolescente es uno de no querer parecer diferente, los niños de desarrollo temprano se destacan entre su grupo de pares y gravitan hacia los mayores (Weir, 2016).

Los niños de maduración temprana tienden a ser físicamente más fuertes, más altos y más atléticos que sus compañeros que maduran más tarde; esto puede contribuir a diferencias de popularidad entre los compañeros, lo que a su vez puede influir en la confianza del adolescente. Algunos estudios muestran que los niños que maduran antes tienden a ser más populares e independientes, pero también tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias y actividad sexual temprana (Flannery, Rowe, & Gulley, 1993; Kaltiala-Heino, Rimpela, Rissanen, & Rantanen, 2001).

Las niñas de maduración temprana pueden enfrentar un aumento de las burlas y el acoso sexual relacionado con sus cuerpos en desarrollo, lo que puede contribuir a la autoconciencia y colocarlas en un mayor riesgo de ansiedad, depresión, abuso de sustancias y trastornos alimentarios (Ge, Conger, & Elder, 2001; Graber, Lewinsohn, Seeley, & Brooks-Gunn, 1997; Striegel-Moore y Cachelin, 1999).

El cerebro y el sexo

El cerebro es la estructura que traduce los impulsos nerviosos de la piel en sensaciones placenteras. Controla los nervios y músculos utilizados durante la conducta sexual. El cerebro regula la liberación de hormonas, que se cree que son el origen fisiológico del deseo sexual. Se cree que la corteza cerebral, que es la capa externa del cerebro que permite pensar y razonar, es el origen de los pensamientos y fantasías sexuales. Debajo de la corteza se encuentra el sistema límbico, que consiste en la amígdala, el hipocampo, la circunvolución cingulada y el área septal. Estas estructuras son donde se cree que se originan las emociones y los sentimientos, y son importantes para el comportamiento sexual.

El **hipotálamo** es la parte más importante del cerebro para el funcionamiento sexual. Esta es la pequeña área en la base del cerebro que consiste en varios grupos de cuerpos de células nerviosas que reciben entrada del sistema límbico. Estudios con animales de laboratorio han demostrado que la destrucción de ciertas áreas del hipotálamo provoca la eliminación completa de la conducta sexual. Una de las razones de la importancia del hipotálamo es que controla la glándula pituitaria, la cual secreta hormonas que controlan las otras glándulas del cuerpo.



Figura13.3.5: El hipotálamo controla la glándula pituitaria. (La imagen es de dominio público)

Hormonas

Varias hormonas sexuales importantes son secretadas por la glándula pituitaria. La oxitocina, también conocida como la hormona del amor, se libera durante las relaciones sexuales cuando se logra un orgasmo. La oxitocina también se libera en las hembras cuando dan a luz o están amamantando; se cree que la oxitocina está involucrada en el mantenimiento de relaciones cercanas. Tanto la prolactina como la oxitocina estimulan la producción de leche en hembras. La hormona folículo estimulante (FSH) es responsable de la ovulación en las mujeres al desencadenar la madurez del óvulo; también estimula la producción de esperma en los machos. La hormona luteinizante (LH) desencadena la liberación de un óvulo maduro en las hembras durante el proceso de ovulación.

En los varones, la testosterona parece ser un factor importante que contribuye a la motivación sexual. La vasopresina está involucrada en la fase de excitación masculina, y el aumento de vasopresina durante la respuesta eréctil puede estar directamente asociado con un aumento de la motivación para participar en el comportamiento sexual.

La relación entre las hormonas y la motivación sexual femenina no se entiende tan bien, en gran parte debido al énfasis excesivo en la sexualidad masculina en la investigación occidental. El estrógeno y la progesterona suelen regular la motivación para participar en el comportamiento sexual de las mujeres, con el estrógeno aumentando la motivación y la progesterona disminuyéndola. Los niveles de estas hormonas suben y bajan a lo largo del ciclo menstrual de una mujer. La investigación sugiere que la testosterona, la oxitocina y la vasopresina también están implicadas en la motivación sexual femenina de manera similar a la de los hombres, pero se necesita más investigación para comprender estas relaciones.



Figura13.3.6: Al final de la preparatoria, más de la mitad de los niños y niñas reportan tener conductas sexuales. (Imagen de Pedro Ribeiro Simoes está licenciada bajo CC BY 2.0)

La sexualidad se discutirá en el Capítulo 15, Adolescencia Desarrollo Social Emocional. En el siguiente apartado se analizarán las razones y consecuencias del embarazo adolescente, las formas de control de la natalidad y las enfermedades de transmisión sexual.

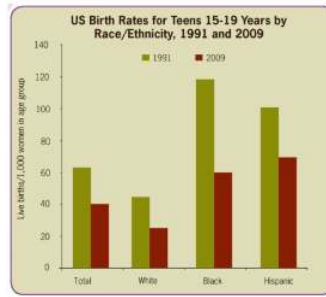
Embarazo adolescente, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual

Al final de la preparatoria, más de la mitad de los niños y niñas reportan haber tenido relaciones sexuales al menos una vez, aunque es difícil estar seguro de la proporción debido a la sensibilidad y privacidad de la información. (Centro para el Control de Enfermedades, 2004; Rosenbaum, 2006).

Embarazo Adolescente

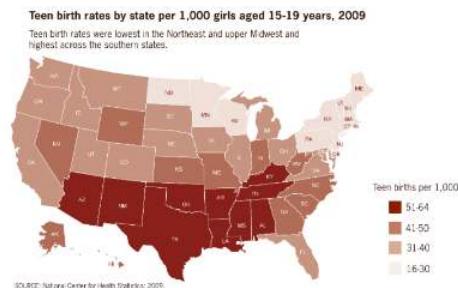
Aunque las tasas de embarazo adolescente han disminuido desde 1991, las tasas de natalidad adolescente en Estados Unidos son más altas que la mayoría de los países industrializados. En 2014, las mujeres de 15 a 19 años experimentaron una tasa de natalidad

de 24.2 por 1,000 mujeres. Se trata de una caída del 9% con respecto al 2013. Las tasas de natalidad disminuyeron 11% para las personas de 15 a 17 años y 7% para las de 18 a 19 años. Parece que los adolescentes parecen ser menos activos sexualmente que en años anteriores, y aquellos que son sexualmente activos parecen estar usando anticonceptivos (CDC, 2016).



SOURCE: National Center for Health Statistics; 2010.

Figura13.3.7: Tasas de natalidad en adolescentes estadounidenses. (La imagen es de dominio público)



SOURCE: National Center for Health Statistics; 2009.

Figura13.3.8: Tasas de natalidad por estado. (La imagen es de dominio público)

Factores de riesgo para el embarazo adolescente

Miller, Benson y Galbraith (2001) encontraron que la cercanía padre/hijo, la supervisión de los padres y los valores de los padres contra las relaciones sexuales adolescentes (o relaciones sexuales sin protección) disminuyeron el riesgo de embarazo adolescente. En contraste, residir en vecindarios desorganizados/peligrosos, vivir en una familia de SES más bajos, vivir con un padre soltero, tener hermanos mayores sexualmente activos o hermanas adolescentes embarazadas/parentales, pubertad temprana y ser víctima de abuso sexual colocan a los adolescentes en un mayor riesgo de embarazo adolescente.

Consecuencias del embarazo adolescente

Después de que nace un niño la vida puede ser difícil para una madre adolescente. Sólo el 40% de los adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años egresan de la preparatoria. Sin un título de bachillerato, sus perspectivas laborales son limitadas y la independencia económica es difícil. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de vivir en la pobreza y más del 75% de todas las madres adolescentes solteras reciben asistencia pública dentro de los 5 años posteriores al nacimiento de su primer hijo. Aproximadamente, 64% de los niños nacidos de adolescentes solteros que han abandonado la escuela secundaria viven en la pobreza. Además, un niño nacido de madre adolescente tiene 50% más de probabilidades de repetir un grado en la escuela y es más probable que se desempeñe mal en las pruebas estandarizadas y abandone los estudios antes de terminar la secundaria (March of Dimes, 2012) .21



Figura13.3.9: Efectos y riesgos del embarazo adolescente. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades venéreas (VD), son enfermedades que tienen una probabilidad significativa de transmisión por medio de la conducta sexual, incluyendo relaciones sexuales vaginales, sexo anal y sexo oral. Es importante mencionar que algunas ITS también se pueden contraer al compartir agujas de drogas intravenosas con una persona infectada, a través del parto o la lactancia materna. Las ITS comunes incluyen:

- clamidia;
- herpes (HSV-1 y HSV-2);
- virus del papiloma humano (VPH);
- gonorrea;
- sífilis;
- tricomoniasis;
- VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2014), hubo un incremento en los tres tipos más comunes de ETS en 2014. Los más afectados por ETS incluyen hombres más jóvenes, gay/bisexuales y mujeres. La forma más efectiva de prevenir la transmisión de ITS es practicar la **abstinencia**, (no participar en las relaciones sexuales), tener relaciones sexuales seguras y evitar el contacto directo de la piel o fluidos que pueden llevar a la transferencia con una pareja infectada. El uso adecuado de suministros para el sexo seguro (como condones masculinos, condones femeninos, guantes o presas dentales) reduce el contacto y el riesgo y puede ser eficaz para limitar la exposición; sin embargo, puede ocurrir alguna transmisión de enfermedades incluso con estas barreras²³.

Practicar sexo seguro es importante para la salud física de uno. En la siguiente sección veremos los elementos de la salud de los adolescentes, como el sueño, la dieta y el ejercicio.

Métodos anticonceptivos y protección contra infecciones de transmisión sexual

Existen muchos métodos **anticonceptivos** que los adolescentes sexualmente activos pueden utilizar para reducir las posibilidades de embarazo.

Tabla13.3.1: Métodos Reversibles de Control de la Natalidad (La **anticoncepción** por los CDC es de dominio público)

Método	Descripción	Tasa de Fallos
Anticoncepción intrauterina (DIU)	Un DIU es un pequeño dispositivo que se forma en forma de "T" colocado dentro del útero	0.1-0.8%

Método	Descripción	Tasa de Fallos
Implante	Una sola varilla delgada que se inserta debajo de la piel de la parte superior del brazo de una mujer.	0.01%
Inyección	Las inyecciones o inyecciones de hormonas para prevenir el embarazo se administran en las nalgas o el brazo cada tres meses.	4%
Anticonceptivos orales	También llamada “la píldora”, contienen las hormonas para prevenir el embarazo. Se toma una pastilla a la misma hora todos los días.	7%
Parche	Este parche cutáneo se usa en la parte inferior del abdomen, las nalgas o la parte superior del cuerpo y libera hormonas para prevenir el embarazo en el torrente sanguíneo. Un nuevo parche una vez a la semana durante tres semanas y luego lo dejó durante una semana.	7%
Anillo anticonceptivo vaginal hormonal	El anillo se coloca en la vagina y libera las hormonas para prevenir el embarazo. Se usa durante tres semanas. Una semana después de que se retira se coloca un anillo nuevo.	7%
Espermicida	Estos matan los espermatozoides y vienen en varias formas: espuma, gel, crema, película, supositorio o tableta. Se colocan en la vagina antes del coito.	21%
Diafragma o tapa cervical	Una copa que se coloca dentro de la vagina para cubrir el cuello uterino para bloquear los espermatozoides. Se inserta con espermicida antes de la relación sexual.	17%
Esponja	Este contiene espermicida y se coloca en la vagina donde encaja sobre el cuello uterino.	14-27%
Condón masculino	Usado (de un solo uso) por el hombre sobre el pene para evitar que los espermatozoides entren en el cuerpo de una mujer.	13%
Condón femenino	Usado (de un solo uso) por la mujer dentro de la vagina para evitar que los espermatozoides entren en el cuerpo de una mujer.	21%
Planificación Familiar Natural	Durante un ciclo menstrual regular, se pueden predecir días fértiles. Las relaciones sexuales se pueden evitar en esos días.	2-23%

Método	Descripción	Tasa de Fallos
DIU de cobre	Se puede insertar hasta 5 días después de la relación sexual	< 1% 25
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Se puede tomar hasta 5 días después de la relación sexual y puede estar disponible de venta libre.	1-10% 26

Al elegir un método anticonceptivo, también se debe considerar la doble protección contra el riesgo simultáneo de VIH y otras ITS. Si bien los anticonceptivos hormonales y los DIU son altamente efectivos para prevenir el embarazo, no protegen contra las ITS, incluido el VIH. El uso consistente y correcto del condón de látex masculino reduce el riesgo de infección por VIH y otras ITS, incluyendo infección por clamidia, infección gonocócica y tricomoniasis.



Figura13.3.10: Existen muchos tipos de métodos anticonceptivos. (La imagen de rexximex está licenciada bajo CC BY 4.0)

Colaboradores y Atribuciones

9. *Adolescencia: Desarrollando independencia e identidad* por Charles Stangor está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
12. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
13. *Psicología inicial - Creciendo y Desarrollando* por Charles Stangor está licenciada bajo CC BY-NC-SA 3.0
16. *Adolescence Physical Growth* by Boundless.com está licenciado bajo CC BY-SA 4.0; *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
21. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
23. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0
25. ¿Qué tan efectiva es la anticoncepción de emergencia? (2016). Recuperado a partir de <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/how-effective-emergency-contraception/>
26. David G. Weismiller M.D., Sc.M (2004). Anticoncepción de Emergencia. Recuperado a partir de www.aafp.org/afp/2004/0815/p707.html

This page titled 13.3: Cambios físicos en la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

Salud del sueño

Según la Fundación Nacional del Sueño (NSF) (2016), los adolescentes necesitan alrededor de 8 a 10 horas de sueño cada noche para funcionar mejor. La encuesta más reciente de Sleep in America en 2006 indicó que los adolescentes entre sexto y duodécimo grado no estaban recibiendo la cantidad recomendada de sueño. Para los adolescentes mayores, solo aproximadamente uno de cada diez (9%) consigue una cantidad óptima de sueño, y es más probable que experimenten consecuencias negativas al día siguiente. Estos incluyen sentirse demasiado cansado o somnoliento, estar malhumorado o irritable, quedarse dormido en la escuela, tener un estado de ánimo deprimido y beber bebidas con cafeína (NSF, 2016). Adicionalmente, están en riesgo de abuso de sustancias, choques automovilísticos, bajo rendimiento académico, obesidad y un sistema inmunológico debilitado (Weintraub, 2016).



Figura13.4.1: La mayoría de los adolescentes no duermen lo suficiente. (La imagen de los CDC es de dominio público)

¿Por qué los adolescentes no duermen lo suficiente? Además de los factores ambientales y sociales conocidos, como el trabajo, la tarea, los medios de comunicación, la tecnología y la socialización, el cerebro adolescente también es un factor. A medida que los adolescentes atraviesan la pubertad, sus ritmos circadianos cambian y retrasan su tiempo de sueño hasta más tarde en la noche (Weintraub, 2016). Este cambio biológico no sólo mantiene despiertos a los adolescentes por la noche, sino que les dificulta levantarse por la mañana. Cuando están despiertos demasiado pronto, sus cerebros no funcionan de manera óptima. Se observan deficiencias en la atención, el comportamiento y el rendimiento académico, mientras que también se demuestran aumentos en la tardanza y el ausentismo. Los psicólogos y otros profesionales han estado abogando por tiempos escolares posteriores, y han producido investigaciones que demuestran mejores resultados de los estudiantes para tiempos de inicio posteriores. Más escuelas intermedias y secundarias han cambiado sus horarios de inicio para reflejar mejor la investigación del sueño. 29



Figura13.4.2: Si los adolescentes duermen muy poco, su cerebro no funciona de manera óptima. (Imagen de John-Mark Smith en Pexels)

Alimentación: Hábitos Saludables = Vidas Saludables

Las Guías Alimentarias definen la adolescencia tardía, como el periodo comprendido entre los catorce y los dieciocho años. Después de la pubertad, la tasa de crecimiento físico se ralentiza. Las niñas dejan de crecer más altas alrededor de los dieciséis años, mientras que los niños continúan creciendo más altos hasta los dieciocho a veinte años. Uno de los cambios psicológicos y emocionales que se producen durante esta etapa de la vida incluye el deseo de independencia a medida que los adolescentes desarrollan identidades individuales aparte de sus familias. A medida que los adolescentes toman más decisiones dietéticas, los padres, cuidadores y figuras de autoridad deben guiarlos hacia elecciones apropiadas y nutritivas.



Figura13.4.3: Las elecciones alimentarias de los adolescentes pueden no ser saludables. (La imagen de Garry Knight está licenciada bajo CC BY 2.0)

Algunos adolescentes no cuentan con todos los alimentos necesarios para su correcto desarrollo y pueden ser inseguros alimentarios. La mayoría de las personas tienen acceso al agua dulce en todas las situaciones excepto en las situaciones más extremas; la necesidad de alimentos es la necesidad humana más fundamental e importante. Más de 1 de cada 10 hogares estadounidenses contienen personas que viven sin suficientes alimentos nutritivos y esta falta de nutrición adecuada tiene profundos efectos en sus habilidades para llevar vidas que les permitirán desarrollar su máximo potencial. (Notas de Hambre, n.d.).

Cuando las personas están extremadamente hambrientas, su motivación para alcanzar la comida cambia completamente su comportamiento. Las personas hambrientas se vuelven apáticas y apáticas para ahorrar energía y luego obsesionarse completamente con la comida. Ancel Keys y sus colegas (Keys, Brožek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950) encontraron que los voluntarios que fueron colocados en dietas muy bajas en calorías perdieron todo interés en el sexo y las actividades sociales, ocupándose de la comida. Según Maslow, satisfacer las necesidades básicas de uno es vital para un crecimiento y desarrollo adecuados. 32

Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow

La teoría de Maslow se basa en una premisa simple: los seres humanos tienen necesidades jerárquicamente clasificadas. Hay algunas necesidades que son básicas para todos los seres humanos, y en su ausencia, nada más importa. Estamos gobernados por estas necesidades hasta que se satisfagan. Después de satisfacer nuestras necesidades básicas, ya no sirven como motivadores y podemos comenzar a satisfacer necesidades de orden superior.

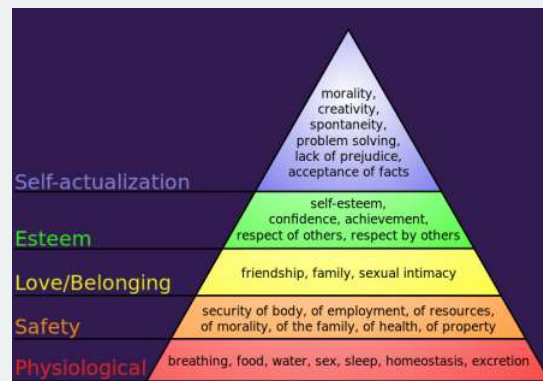


Figura13.4.4: Jerarquía de Necesidades de Maslow. (Imagen de J. Finkelstein está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

Maslow organizó las necesidades humanas en una pirámide que incluye (desde el nivel más bajo hasta el más alto) las necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor/pertenencia, estima y autorrealización. Según Maslow, uno debe satisfacer las necesidades de nivel inferior antes de abordar las necesidades que ocurren más altas en la pirámide. Por ejemplo, si alguien se muere de hambre, es muy poco probable que pase mucho tiempo, o cualquier otro tiempo, preguntándose si otras personas piensan que es una buena persona. En cambio, todas sus energías están orientadas a encontrar algo de comer. 34

Control de Peso

Formar buenos hábitos alimenticios y participar en programas de fitness o ejercicio ayudarán a mantener un peso saludable y desarrollar hábitos de por vida. La investigación dice que la mejor manera de controlar el peso es: comer menos (consumir menos calorías) y hacer ejercicio (quemar más calorías). Para mantener un peso saludable, restringir tu dieta por sí sola es difícil y puede mejorarse sustancialmente cuando va acompañada de una mayor actividad física.

Los requerimientos energéticos (calóricos) para los preadolescentes difieren según el género, el crecimiento y el nivel de actividad. Para las edades de nueve a trece años, las niñas deben consumir alrededor de 1,400 a 2,200 calorías por día y los niños deben consumir de 1,600 a 2,600 calorías por día. Los preadolescentes físicamente activos que regularmente participan en deportes o ejercicio necesitan comer un mayor número de calorías para dar cuenta del aumento del gasto energético. 35

Las personas que hacen ejercicio regularmente, y en particular las que combinan el ejercicio con la dieta, tienen menos probabilidades de ser obesas (Borer, 2008). Barrenador, K. T. (2008). El ejercicio no solo mejora nuestra cintura, sino que también mejora nuestra salud mental en general al disminuir el estrés y mejorar las sensaciones de bienestar. El ejercicio también aumenta la capacidad cardiovascular, disminuye la presión arterial y ayuda a mejorar la diabetes, la flexibilidad articular y la fuerza muscular (American Heart Association, 1998).

Para un cambio duradero, es importante planificar comidas saludables, limitar los refrigerios y programar el ejercicio en nuestra vida diaria. 36

Dieta Extrema - Obesidad a Inanición

En esta sección, aprenderemos sobre los dos extremos del espectro (o extremos) de los resultados nutricionales.

Obesidad

Los niños necesitan una ingesta calórica adecuada para el crecimiento, y es importante no imponer dietas altamente restrictivas. Sin embargo, superar los requerimientos calóricos de manera regular puede conducir a la obesidad infantil, que se ha convertido en un problema importante en América del Norte. Casi uno de los tres niños y adolescentes estadounidenses tiene sobrepeso u obesidad. (Vamos a movernos. “Aprende los hechos”. Accedido marzo 5, 2012. www.letsmove.gov/learn-facts/... dhoud-obesidad.)



Figura13.4.5: La obesidad puede afectar la autoestima, la energía y el nivel de actividad. (La imagen del Ala Médica 59 es de dominio público)

Hay una serie de razones detrás del problema de la obesidad, entre ellas:

- tamaños de porción más grandes
- acceso limitado a alimentos ricos en nutrientes
- mayor acceso a comidas rápidas y máquinas expendedoras
- falta de apoyo para amamantar
- disminución de los programas de educación física en las escuelas
- actividad física insuficiente y un estilo de vida sedentario
- mensajes mediáticos incentivando el consumo de alimentos poco saludables

La obesidad tiene un profundo efecto en la autoestima, la energía y el nivel de actividad. Aún más importante, es un factor de riesgo importante para una serie de enfermedades posteriores en la vida, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, accidente cerebrovascular, hipertensión y ciertos cánceres.

Se utiliza un percentil para el índice de masa corporal (IMC) específico de la edad y el sexo para determinar si un niño tiene sobrepeso u obesidad. Si un niño gana peso inapropiado para el crecimiento, los padres y cuidadores deben limitar los refrigerios densos en energía y pobres en nutrientes. Además, es sumamente beneficioso aumentar la actividad física de un niño y limitar las actividades sedentarias, como ver televisión, jugar videojuegos o navegar por Internet. Los programas para abordar la obesidad infantil pueden incluir modificación de la conducta, consejería de ejercicio, apoyo psicológico o terapia, asesoramiento familiar y asesoramiento familiar para la planificación de comidas. 38

Trastornos de la Alimentación

Aunque los trastornos de la alimentación pueden presentarse en niños y adultos, frecuentemente aparecen durante la adolescencia o la adultez joven (Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 2016). Los trastornos alimentarios afectan a ambos géneros, aunque las tasas entre las mujeres son 2 1/2 veces mayores que entre los hombres. Al igual que las mujeres que tienen trastornos alimentarios, los hombres también tienen un sentido distorsionado de la imagen corporal, incluida la dismorfia corporal o una preocupación extrema por volverse más musculoso. (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Wade, Keski-Rahkonen, & Hudson, 2011).



Figura13.4.6: Esta imagen retrata la anorexia. No importa lo delgada que sea, se verá a sí misma siendo más pesada. (Imagen de Flebilis Roxa está licenciada bajo CC BY-NC-SA 2.0)

Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación

Los investigadores encuentran que los trastornos alimentarios son causados por una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales (NIMH, 2016). Los trastornos alimentarios parecen ser familiares, y los investigadores están trabajando para identificar variaciones de ADN que están relacionadas con el mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Los investigadores también han encontrado diferencias en los patrones de actividad cerebral en mujeres con trastornos alimentarios en comparación con mujeres sanas.

Los principales criterios para los trastornos alimentarios más comunes: **anorexia nerviosa**, **bulimia nerviosa** y **trastorno por atracón** se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y se enumeran en Cuadro13.4.1. 40

Tabla13.4.1: Trastornos alimentarios del DSM-5

Trastorno Alimentario	Descripción
Anorexia Nerviosa	• Restricción de la ingesta de energía que conduce a un peso corporal significativamente bajo • Intenso miedo a subir de peso • Alteración en la autoevaluación del peso corporal
Bulimia Nerviosa	• Episodios recurrentes de atracones • Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, incluyendo purgas, laxantes, ayuno o ejercicio excesivo • La autoevaluación se ve afectada indebidamente por la forma del cuerpo y el peso
Trastorno por atracón	• Episodios recurrentes de atracones • Estrés marcado con respecto a los atracones • El atracón no se asocia con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas

Consecuencias para la salud de los trastornos alimentarios

Para quienes padecen anorexia, las consecuencias para la salud incluyen una frecuencia cardíaca anormalmente lenta y presión arterial baja, lo que aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca. Adicionalmente, hay una reducción en la densidad ósea (osteoporosis), pérdida y debilidad muscular, deshidratación severa, desmayos, fatiga y debilidad general. Los individuos con este trastorno pueden morir por complicaciones asociadas a la anorexia nerviosa, que tiene la mayor tasa de mortalidad de cualquier trastorno psiquiátrico.

El ciclo de atracón y purga de la bulimia puede afectar el sistema digestivo y provocar desequilibrios electrolíticos y químicos que pueden afectar el corazón y otros órganos principales. Los vómitos frecuentes pueden causar inflamación y posible ruptura del esófago, así como caries y manchas de los ácidos estomacales. Por último, el trastorno por atracón genera riesgos de salud similares a los de la obesidad, incluyendo presión arterial alta, niveles altos de colesterol, enfermedades cardíacas, diabetes tipo II y enfermedad de la vesícula biliar (Asociación Nacional de Trastornos de la Alimentación, 2016).

Tratamiento de Trastornos de la Alimentación

Los fundamentos del tratamiento de los trastornos alimentarios incluyen una nutrición adecuada y la interrupción de comportamientos destructivos, como la purga. Los planes de tratamiento se adaptan a las necesidades individuales e incluyen atención médica, asesoramiento nutricional, medicamentos (como antidepresivos) y psicoterapia individual, grupal y/o familiar (NIMH, 2016) 41.



Figura13.4.7: La consejería suele ser una forma de tratamiento para los trastornos alimentarios. (La imagen está licenciada bajo CC0)

Abuso de Drogas y Sustancias

El consumo de drogas y la posibilidad de abuso y adicción se manifiestan principalmente como problemas físicos. Sin embargo, los efectos de estas sustancias no solo son físicos, sino que también tienen consecuencias duraderas en el desarrollo cognitivo, así como afectan el desarrollo socioemocional de diversas maneras. En la siguiente sección conoceremos qué son las drogas, los diferentes tipos de drogas y cuáles son los efectos de cada una.

Experimentación de drogas

El consumo de drogas es, en parte, el resultado de la socialización. Los adolescentes pueden probar drogas cuando sus amigos los convencen, y estas decisiones se basan en normas sociales sobre los riesgos y beneficios de diversas drogas. A pesar de que los jóvenes han experimentado con cigarrillos, alcohol y otras drogas peligrosas durante muchas generaciones, sería mejor que no lo hicieran. Todo el consumo de drogas recreativas está asociado con al menos algunos riesgos, y quienes comienzan a consumir drogas antes también tienen más probabilidades de consumir drogas más peligrosas. Pueden desarrollar un problema de adicción o abuso de sustancias más adelante. 43



Figura13.4.8: Las normas sociales y los pares influyen en el consumo de drogas de los adolescentes. (La imagen de Find Rehab Centers está licenciada bajo CC BY 2.0)

¿Qué son las drogas?

Una **droga psicoactiva** es una sustancia química que cambia nuestros estados de conciencia, y particularmente nuestras percepciones y estados de ánimo. Estos medicamentos se encuentran comúnmente en los alimentos y bebidas cotidianos, incluidos el chocolate, el café y los refrescos, así como en el alcohol y en los medicamentos de venta libre, como aspirina, Tylenol y medicamentos para el resfriado y la tos. Los psicoactivos también se recetan frecuentemente como pastillas para dormir, tranquilizantes y ansiolíticos, y pueden tomarse, ilegalmente, con fines recreativos. Las cuatro clases primarias de drogas psicoactivas son estimulantes, depresores, opioides y alucinógenos.

Estimulantes

Un **estimulante** es un fármaco psicoactivo que opera bloqueando la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina en las sinapsis del sistema nervioso central (SNC). Debido a que más de estos neurotransmisores permanecen activos en el cerebro, el resultado es un aumento en la actividad de la división simpática del sistema nervioso autónomo (ANS). Los efectos de los estimulantes incluyen aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, dilatación de la pupila y aumentos en el azúcar en la sangre acompañados de disminución del apetito. Por estas razones, los estimulantes se utilizan frecuentemente para ayudar a las personas a mantenerse despiertas y controlar el peso.

Utilizados con moderación, algunos estimulantes pueden aumentar el estado de alerta, pero usados de manera irresponsable pueden crear dependencia rápidamente. Un problema importante es el “choque” que resulta cuando el fármaco pierde su efectividad y la actividad de los neurotransmisores vuelve a la normalidad. El alejamiento de los estimulantes puede crear una depresión profunda y llevar a un intenso deseo de repetir el subidón.

Tabla13.4.2: Estimulantes

Droga	Peligros y efectos secundarios	Dependencia Psicológica	Dependencia Física	Potencial de Adicción
Cafeína	Puede crear dependencia	Bajo	Bajo	Bajo
Nicotina	Tiene importantes efectos negativos para la salud si se fuma o se mastica	Alto	Alto	Alto
Cocaína	Disminución del apetito, dolor	Bajo	Bajo	Moderado
Anfetaminas	Posible dependencia, acompañada de “choque” severo con depresión a medida que desaparecen los efectos de las drogas, particularmente si se fuma o se inyecta	Moderado	Bajo	Moderado a Alto

Una mirada más cercana al peligro del consumo de nicotina en la adolescencia

La nicotina es una droga psicoactiva que se encuentra en la familia de plantas de las solanáceas, donde actúa como pesticida natural. La nicotina es la principal causa de las propiedades formadoras de dependencia del consumo de tabaco, y el consumo de tabaco es una amenaza importante para la salud. La nicotina crea adicción tanto psicológica como física y es una de las adicciones más difíciles de romper. El contenido de nicotina en los cigarrillos ha aumentado lentamente a lo largo de los años, lo que dificulta cada vez más dejar de fumar. La nicotina también se encuentra en el tabaco sin humo (mascar) y en los cigarrillos electrónicos (vapeo).



Figura13.4.9: Los dispositivos electrónicos son ahora formas comunes de consumir nicotina. (La imagen de los CDC es de dominio público)

La exposición a la nicotina puede dañar el desarrollo cerebral de los adolescentes al cambiar la forma en que se forman las sinapsis, que continúa hasta principios y mediados de los 20 El uso de nicotina en la adolescencia también puede aumentar el

riesgo de futuras adicciones a otras drogas. El aerosol de cigarrillo electrónico y los cigarrillos contienen sustancias químicas que son perjudiciales para los pulmones y el tabaco de mascar.

En muchos casos, las personas son capaces de superar la dependencia física, lo que les permite dejar de usar productos que contienen nicotina al menos temporalmente. A la larga, sin embargo, el disfrute psicológico del tabaquismo puede llevar a una recaída. 46

Depresores

A diferencia de los estimulantes, que trabajan para aumentar la actividad neuronal, un depresor ralentiza la conciencia. Un **depresor** es un fármaco psicoactivo que reduce la actividad del SNC. Los depresores son ampliamente utilizados como medicamentos recetados para aliviar el dolor, para disminuir la frecuencia cardíaca y la respiración, y como anticonvulsivos. El resultado del uso de depresores (similar a los efectos del sueño) es una reducción en la transmisión de impulsos desde la parte inferior del cerebro a la corteza (Csaky y Barnes, 1984).

Tabla13.4.3: Depresores

Droga	Peligros y efectos secundarios	Dependencia Psicológica	Dependencia Física	Potencial de Adicción
Alcohol	Deterioro del juicio, pérdida de coordinación, mareos, náuseas y, finalmente, pérdida del conocimiento	Moderado	Moderado	Moderado
Barbitúricos y benzo-diazepinas	Lento, habla lenta, somnolencia, en casos severos, coma o muerte	Moderado	Moderado	Moderado
Inhalantes tóxicos	Daño cerebral y muerte	Alto	Alto	Alto

Una mirada más cercana al peligro del consumo de alcohol en adolescentes

El **alcohol** es el más comúnmente utilizado de los depresores y es un líquido incoloro, producido por la fermentación del azúcar o almidón que es el agente intoxicante en las bebidas fermentadas. El alcohol es la droga de abuso más antigua y más utilizada en el mundo. En dosis bajas a moderadas, el alcohol actúa primero para eliminar las inhibiciones sociales al ralentizar la actividad en el sistema nervioso simpático. En dosis más altas, el alcohol actúa sobre el cerebelo para interferir con la coordinación y el equilibrio, produciendo la asombrosa marcha de la embriaguez. A niveles sanguíneos altos, una mayor depresión del SNC conduce a mareos, náuseas y, finalmente, una pérdida del conocimiento. Los niveles sanguíneos lo suficientemente altos como los producidos por “consumir” grandes cantidades de licor fuerte en las fiestas pueden ser fatales. El alcohol no es una droga “segura” de ninguna manera. 47

Riesgos para la salud a corto plazo El consumo excesivo de alcohol tiene efectos inmediatos que incrementan el riesgo de muchas afecciones dañinas. Estos suelen ser el resultado del consumo excesivo de alcohol (beber 4-5 bebidas durante una sola ocasión) e incluyen los siguientes:

- Lesiones, como choques de vehículos motorizados (1 de cada 5 conductores adolescentes involucrados en choques fatales tenía algo de alcohol en su sistema en 2010), caídas, ahogamientos y quemaduras.
- Violencia, incluyendo homicidio, suicidio, agresión sexual y violencia de pareja.
- Intoxicación por alcohol, una emergencia médica que resulta de altos niveles de alcohol en la sangre.
- Conductas sexuales de riesgo, incluyendo sexo sin protección o sexo con múltiples parejas. Estos comportamientos pueden resultar en embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Aborto espontáneo y muerte fetal o trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) en mujeres embarazadas.

Riesgos de Salud a Largo

Con el tiempo, el consumo excesivo de alcohol puede conducir al desarrollo de enfermedades crónicas y otros problemas graves que incluyen:

- Presión arterial alta, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades hepáticas y problemas digestivos.
- Cáncer de mama, boca, garganta, esófago, hígado y colon.
- Problemas de aprendizaje y memoria, incluyendo demencia y bajo rendimiento escolar.
- Problemas de salud mental, incluyendo depresión y ansiedad.
- Problemas sociales, incluyendo pérdida de productividad, problemas familiares y desempleo.
- Dependencia del alcohol, o alcoholismo. 48



Figura13.4.10: El consumo de alcohol en adolescentes plantea muchos riesgos para la salud. (Imagen de Scott Air Force Base es de dominio público)

Opioides

Los **opioides** son sustancias químicas que aumentan la actividad en las neuronas receptoras opioides en el cerebro y en el sistema digestivo, produciendo euforia, analgesia, respiración más lenta y estreñimiento. Su composición química es similar a las endorfinas, los neurotransmisores que sirven como “reductores naturales del dolor” del cuerpo. Los opioides naturales se derivan de la amapola del opio, que está muy extendida en Eurasia, pero también se pueden crear sintéticamente.

Tabla13.4.4: Opioides

Droga	Peligros y efectos secundarios	Dependencia Psicológica	Dependencia Física	Potencial de Adicción
Opio	Los efectos secundarios incluyen náuseas, vómitos, tolerancia y adicción.	Moderado	Moderado	Moderado
Morfina	Intranquilidad, irritabilidad, dolor de cabeza y dolores corporales, temblores, náuseas, vómitos y dolor abdominal intenso	Alto	Moderado	Moderado
Heroína	Todos los efectos secundarios de la morfina pero aproximadamente el doble de adictivos que la morfina	Alto	Moderado	Alto

Alucinógenos

Los fármacos que producen la alteración más extrema de la conciencia son los **alucinógenos**, psicoactivos que alteran la sensación y la percepción y que pueden crear alucinaciones. Los alucinógenos son frecuentemente conocidos como “psicodélicos”. Los medicamentos de esta clase incluyen la dietilamida del ácido lisérgico (LSD, o “ácido”), la mescalina y la fenciclidina (PCP), así como una serie de plantas naturales como el cannabis (marihuana), el peyote y la psilocibina. Los alucinógenos pueden producir cambios llamativos en la percepción a través de uno o más de los sentidos. Los efectos precisos que experimenta un usuario son una función no solo del medicamento en sí sino también del estado mental preexistente del usuario y las expectativas de la experiencia del medicamento. En gran parte, el usuario tiende a sacar de la experiencia lo que le aporta. Las alucinaciones que se

pueden experimentar al tomar estos medicamentos son sorprendentemente diferentes de la experiencia cotidiana y con frecuencia son más similares a los sueños que a la conciencia cotidiana.

Tabla13.4.5: Alucinógenos

Droga	Peligros y efectos secundarios	Dependencia Psicológica	Dependencia Física	Potencial de Adicción
Marihuana	Intoxicación leve; percepción mejorada	Bajo	Bajo	Bajo
LSD, mescalina, PCP y peyote	Alucinaciones; percepción mejorada	Bajo	Bajo	Bajo

Una mirada más cercana al peligro del consumo de marihuana en adolescentes 50

La marihuana (cannabis) es el alucinógeno más utilizado. Hasta que fue prohibido en Estados Unidos bajo la Ley del Impuesto a la Marihuana de 1938, fue ampliamente utilizado con fines médicos. Si bien la marihuana medicinal y recreativa es ahora legal en varios estados americanos, sigue estando prohibida por la ley federal, poniendo a esos estados en conflicto con el gobierno federal. La marihuana también actúa como estimulante, produciendo risas, risas e intoxicaciones leves. Actúa para mejorar la percepción de las vistas, los sonidos y los olores, y puede producir una sensación de ralentización del tiempo, y es mucho menos probable que conduzca a actos antisociales que ese otro intoxicante popular, el alcohol.

El uso de marihuana puede tener efectos nocivos y duraderos en la salud y el bienestar de un adolescente.

La marihuana y el cerebro adolescente

A diferencia de los adultos, el cerebro adolescente se está desarrollando activamente y, a menudo, no estará completamente desarrollado hasta mediados de los 20. El consumo de marihuana durante este período puede dañar el cerebro adolescente en desarrollo. Los efectos negativos incluyen:

- Dificultad para pensar y resolver problemas.
- Problemas con la memoria y el aprendizaje.
- Deterioro de coordinación.
- Dificultad para mantener la atención.



Figura13.4.11: La marihuana es un alucinógeno de uso común. (La imagen de Cannabis Culture está licenciada bajo CC BY 2.0)

Efectos negativos en la vida escolar y social

El consumo de marihuana en la adolescencia o la edad adulta temprana puede tener un grave impacto en la vida de un adolescente.

- **Disminución en el rendimiento escolar.** Los estudiantes que fuman marihuana pueden obtener calificaciones más bajas y es más probable que abandonen la escuela secundaria que sus compañeros que no la usan.
- **Mayor riesgo de problemas de salud mental.** El consumo de marihuana se ha relacionado con una variedad de problemas de salud mental en adolescentes como la depresión o la ansiedad. La psicosis también se ha visto en adolescentes con mayor riesgo como aquellos con antecedentes familiares.
- **Conducción deteriorada.** Conducir mientras está deteriorado por cualquier sustancia, incluida la marihuana, es peligroso. La marihuana afecta negativamente una serie de habilidades requeridas para una conducción segura, como el tiempo de reacción, la coordinación y la concentración.

- **Potencial de adicción.** Las investigaciones muestran que aproximadamente 1 de cada 6 adolescentes que consumen marihuana repetidamente pueden volverse adictos, lo que significa que pueden hacer esfuerzos infructuosos para dejar de consumir marihuana o pueden renunciar a actividades importantes con amigos y familiares a favor de consumir marihuana.

En algunos casos, los efectos de las drogas psicoactivas imitan otros estados de conciencia naturales. Por ejemplo, se recetan pastillas para dormir para crear somnolencia y se recetan benzodiazepinas para crear un estado de relajación. En otros casos las drogas psicoactivas se toman con fines recreativos con el objetivo de crear estados de conciencia que sean placenteros o que nos ayuden a escapar de nuestra conciencia normal.

El uso de drogas psicoactivas, y especialmente las que se usan ilegalmente, tiene el potencial de crear efectos secundarios muy negativos. Esto no quiere decir que todas las drogas sean peligrosas, sino que todas las drogas pueden ser peligrosas, sobre todo si se usan regularmente durante largos periodos de tiempo. Las drogas psicoactivas crean efectos negativos no tanto a través de su uso inicial sino a través del uso continuado, acompañado de dosis crecientes, que en última instancia pueden llevar al abuso de drogas.

Abuso de Sustancias

Muchos medicamentos crean **tolerancia**: un aumento en la dosis requerida para producir el mismo efecto, lo que hace necesario que el usuario aumente la dosis o el número de veces al día que se toma el medicamento. A medida que aumenta el uso del medicamento, el usuario puede desarrollar una dependencia, definida como la necesidad de usar un medicamento u otra sustancia regularmente. La dependencia puede ser psicológica, en la que se desea el medicamento y se ha convertido en parte de la vida cotidiana del usuario, pero no se producen efectos físicos graves si no se obtiene el medicamento; o física, en la que aparecen efectos físicos y mentales graves cuando se retira el medicamento. Los fumadores de cigarrillos que intentan dejar de fumar, por ejemplo, experimentan síntomas de abstinencia física, como cansarse e irritarse, así como ansias psicológicas extremas para disfrutar de un cigarrillo en situaciones particulares, como después de una comida o cuando están con amigos. Es posible que los usuarios deseen dejar de usar el medicamento, pero cuando reducen su dosis experimentan **abstinencia**, experiencias negativas que acompañan a la reducción o suspensión del consumo de drogas, incluyendo dolor físico y otros síntomas. Cuando el usuario anhela poderosamente la droga y se ve impulsada a buscarla, una y otra vez, sin importar el costo físico, social, financiero y legal, decimos que ha desarrollado una **adicción** a la droga.

Es una creencia común que la adicción es una fuerza abrumadora, irresistiblemente poderosa, y que la abstinencia de las drogas es siempre una experiencia insoportablemente dolorosa. Pero la realidad es más complicada y en muchos casos menos extrema. Por un lado, incluso las drogas que generalmente no pensamos como adictivas, como la cafeína, la nicotina y el alcohol, pueden ser muy difíciles de dejar de usar, al menos para algunas personas. Por otro lado, las drogas que normalmente se asocian con la adicción, entre ellas las anfetaminas, la cocaína y la heroína, no crean adicción de inmediato en sus usuarios. Incluso para una droga altamente adictiva como la cocaína, solo alrededor del 15% de los usuarios se vuelven adictos (Robinson & Berridge, 2003; Wagner & Anthony, 2002). Además, la tasa de adicción es menor para quienes están tomando drogas por razones médicas que para quienes consumen drogas de manera recreativa. Los pacientes que se han vuelto físicamente dependientes de la morfina administrada durante el curso del tratamiento médico por una lesión o enfermedad dolorosa pueden ser rápidamente destetados de la droga después, sin convertirse en adictos.²⁹ Las personas han consumido, y a menudo abusado, drogas psicoactivas durante miles de años. Quizás esto no debería ser sorprendente, porque muchas personas encuentran que consumir drogas es agradable. Incluso cuando conocemos los costos potenciales del consumo de drogas, podemos involucrarnos en ellos de todos modos porque los placeres de usar las drogas están ocurriendo en este momento, mientras que los costos potenciales son abstractos y ocurren en el futuro.³²

En la siguiente sección estaremos viendo diversos trastornos psicológicos. Aprender y apoyar a otros que buscan ayuda cuando tienen un problema de abuso de sustancias es tan importante como buscar ayuda cuando uno está experimentando problemas negativos de salud física y mental.

Colaboradores y Atribuciones

29. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

32. [La nutrición a través del ciclo de vida: desde el embarazo hasta los años pequeños](#) por Maureen Zimmerman y Beth Snow está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificada por Dawn Rymond)

34. [Education, Society, & the K-12 Learner](#) by [Lumen Learning](#) hace referencia a la Jerarquía de Necesidades de Maslow por Boundless, que está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
35. [Psicología Inicial - Dos Motivaciones Humanas Fundamentales: Comer y Aparear](#) por [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
36. [Psicología inicial - Dos motivaciones humanas fundamentales: comer y aparearse](#) por [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#) (modificado por Dawn Rymond)
38. [Una Introducción a la Nutrición- Pubertad y Nutrición](#) por [Maureen Zimmerman y Beth Snow](#) está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
40. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
41. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
43. [Psicología inicial - Alterando la Conciencia con Drogas Psicoactivas](#) por [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
46. [Alterar la conciencia con drogas psicoactivas](#) por [The Open University of Hong Kong](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
[Acerca de los Cigarrillos Electrónicos \(Cigarrillos Electrónicos\)](#) por los [CDC](#) es de dominio público
[Datos rápidos sobre los riesgos de los cigarrillos electrónicos para niños, adolescentes y adultos jóvenes](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
47. [Alterar la conciencia con drogas psicoactivas](#) por [The Open University of Hong Kong](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
48. [Beber y conducir adolescentes](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
[Hojas informativas - El consumo de alcohol y su salud](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
50. [Alterar la conciencia con drogas psicoactivas](#) por [The Open University of Hong Kong](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
[Lo que necesitas saber sobre el consumo de marihuana en adolescentes](#) por parte de los [CDC](#) es de dominio público
52. [Alterar la conciencia con drogas psicoactivas](#) por [The Open University of Hong Kong](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
53. [Psicología inicial - Alterando la Conciencia con Drogas Psicoactivas](#) por [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.5: Mantener la salud emocional

La **regulación emocional** es la capacidad de controlar con éxito nuestras emociones, lo que requiere esfuerzo, pero la capacidad de hacerlo puede tener importantes resultados de salud positivos. Las respuestas emocionales como la reacción al estrés son útiles para advertirnos sobre el peligro potencial y para movilizar nuestra respuesta ante él, por lo que es bueno que las tengamos. Sin embargo, también necesitamos aprender a controlar y regular nuestras emociones, para evitar que dejen que nuestro comportamiento se salga de control. 54

El **estrés** puede no ser un trastorno, pero si continúa y se vuelve más intenso y debilitante, puede llevar a un trastorno. Experimentamos estrés en nuestra vida cotidiana, incluyendo molestias diarias. Las personas que experimentan fuertes emociones negativas como resultado de estas molestias, exhiben respuestas negativas al estrés. El estrés se puede manejar usando estrategias de afrontamiento y mejorando en la regulación emocional. El mejor antídoto para el estrés es pensar positivamente, divertirse y disfrutar de la compañía de los demás. Las personas que expresan optimismo, autoeficacia y valor tienden a sobrellevar mejor el estrés y experimentar una mejor salud en general. 55

Colaboradores y Atribuciones

54. *Psicología inicial - Estrés: El asesino invisible* de [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

55. *Psicología inicial - Resumen del capítulo* por [Charles Stangor](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [13.5: Mantener la salud emocional](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.6: Trastornos y Síndromes

Un trastorno psicológico es un patrón inusual, angustiante y disfuncional de pensamiento, emoción o comportamiento. Los trastornos psicológicos suelen ser **concurrentes** o **comórbidos**, lo que significa que una persona determinada sufre de más de un trastorno. Los psicólogos diagnostican un trastorno utilizando el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)*. Cuando se diagnostica, las personas sienten que un trastorno mental es un estigma, pero la enfermedad mental no es una “culpa”, y es importante trabajar para ayudar a superar el estigma asociado con el trastorno. Los siguientes son diversos trastornos que pueden afectar a niños, adolescentes y adultos.

Tabla 13.6.1: Trastornos y Síndromes ([Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables — Enfermedad Mental en Niños y Adolescentes](#) por [Lumen Learning](#) referencias [Temas Contemporáneos de Salud](#) por: Judy Baker, Ph.D., que está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)) y sus Descripciones

Trastorno/Síndrome	Descripción
Trastornos de Ansiedad	Alteraciones psicológicas marcadas por miedos irracionales, a menudo de objetos y situaciones cotidianas. Incluyen trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, fobia, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los trastornos de ansiedad afectan a alrededor de 57 millones de estadounidenses cada año.
Trastornos disociativos	Condiciones que implican interrupciones o averías de memoria, conciencia e identidad. Incluyen amnesia disociativa, fuga disociativa y trastorno de identidad disociativo.
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos psicológicos en los que el estado de ánimo de la persona influye negativamente en sus procesos físicos, perceptivos, sociales y cognitivos. Incluyen distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. Los trastornos del estado de ánimo afectan a unos 30 millones de estadounidenses cada año.
Esquizofrenia	Trastorno psicológico grave marcado por delirios, alucinaciones, pérdida de contacto con la realidad, afecto inapropiado, habla desorganizada, abstinencia social y deterioro de la conducta adaptativa. Alrededor de 3 millones de estadounidenses tienen esquizofrenia.
Trastorno de personalidad	Un trastorno de larga duración pero frecuentemente menos grave caracterizado por patrones inflexibles de pensar, sentir o relacionarse con otros que causa problemas en situaciones personales, sociales y laborales. Se caracterizan por un comportamiento extraño o excéntrico, por un comportamiento dramático o errático, o por un comportamiento ansioso o inhibido. Dos de los trastornos de personalidad más importantes son el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad (APD).
Trastorno de somatización	Trastorno psicológico en el que una persona experimenta numerosas dolencias físicas de larga duración pero aparentemente no relacionadas que no tienen una causa física identificable. Los trastornos de somatización incluyen trastorno de conversión, trastorno dismórfico corporal (TDC) e hipocondriasis.
Trastorno facticio	Cuando los pacientes fingen síntomas físicos en gran parte porque disfrutan de la atención y el tratamiento que reciben en el hospital.

Trastornos Sexuales	Una variedad de problemas que giran en torno a realizar o disfrutar del sexo. Las disfunciones sexuales incluyen problemas relacionados con la pérdida del deseo sexual, la respuesta sexual o el orgasmo, y el dolor durante las relaciones sexuales.
Parafilia	Una desviación sexual donde la excitación sexual se obtiene a partir de un patrón consistente de respuestas inapropiadas a objetos o personas, y en la que los comportamientos asociados a los sentimientos son angustiantes y disfuncionales.
Depresión	Cuando los síntomas causan angustia grave e influyen negativamente en los procesos físicos, perceptivos, sociales y cognitivos. A menudo se descartaba a los adolescentes con depresión por ser malhumorados o difíciles. Alrededor del 11 por ciento de los adolescentes tienen un trastorno depresivo a los 18 años de edad según la Encuesta Nacional de Comorbilidad - Suplemento para Adolescentes (NCS-A). Los adolescentes deprimidos con trastornos coexistentes (comórbidos) como problemas de abuso de sustancias tienen menos probabilidades de responder al tratamiento para la depresión. Los estudios que se centran en afecciones que frecuentemente coocurren y cómo se afectan entre sí pueden conducir a herramientas e intervenciones de detección más específicas. Con medicamentos, psicoterapia o tratamiento combinado, la mayoría de los jóvenes con depresión pueden ser tratados de manera efectiva. Los jóvenes son más propensos a responder al tratamiento si lo reciben temprano en el curso de su enfermedad.

La importancia de mantener la salud mental y el bienestar

La mayoría de las personas no lo piensan dos veces antes de ir al médico si tienen una enfermedad como bronquitis, asma, diabetes o enfermedad cardíaca. No obstante, muchas personas que tienen una enfermedad mental no reciben el tratamiento que aliviaría su sufrimiento. Los estudios estiman que dos tercios de todos los jóvenes con problemas de salud mental no están recibiendo la ayuda que necesitan y que menos de un tercio de los niños menores de 18 años que tienen un problema grave de salud mental reciben algún servicio de salud mental. La enfermedad mental en adultos a menudo no se trata, también.

Consecuencias de la enfermedad mental

Consecuencias de la enfermedad mental Las consecuencias de la enfermedad mental en niños y adolescentes pueden ser sustanciales. Muchos profesionales de la salud mental hablan de déficits acumulados que ocurren cuando no se trata la enfermedad mental en niños. Para empezar, la enfermedad mental puede perjudicar la capacidad de aprendizaje de un estudiante. Los adolescentes cuya enfermedad mental no se trata rápida y agresivamente tienden a quedarse cada vez más atrás en la escuela. Tienen más probabilidades de abandonar la escuela y tienen menos probabilidades de ser miembros plenamente funcionales de la sociedad cuando llegan a la edad adulta.

También ahora sabemos que los trastornos depresivos en los jóvenes confieren un mayor riesgo de enfermedad y dificultades interpersonales y psicosociales que persisten después de que termina el episodio depresivo. Además, muchos adultos que padecen trastornos mentales tienen problemas que se originaron en la infancia. La depresión en la juventud puede predecir enfermedades más graves en la vida adulta. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que alguna vez se pensó que afectaba únicamente a niños y adolescentes, puede persistir hasta la edad adulta y estar asociado con problemas sociales, legales y ocupacionales. La enfermedad mental perjudica la capacidad de aprendizaje de un estudiante.

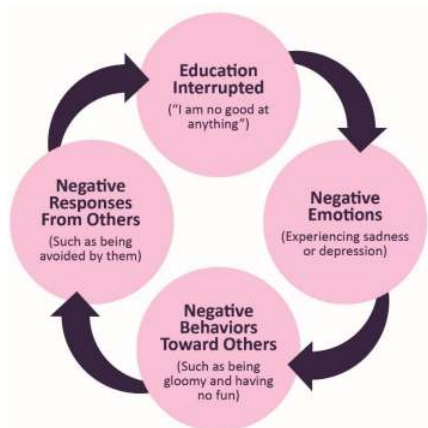


Figura13.6.1: Ciclo de Depresión: Las emociones negativas crean comportamientos negativos, que llevan a las personas a responder negativamente al individuo, creando aún más depresión. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

Autolesiones o autolesiones

Los adolescentes que luchan con su salud mental pueden involucrarse en **autolesiones** o pensar en hacerse daño a sí mismos. Pueden estar angustiados y tener sentimientos difíciles así como el impulso de lastimarse. Algunas formas poco saludables en las que las personas pueden tratar de aliviar el dolor emocional incluyen cortarse, quemarse o golpearse. Estos comportamientos de autolesión pueden ser difíciles de detectar y generalmente se mantienen en secreto al cubrir las heridas con ropa o joyas. La autolesión es una señal de que alguien está luchando. Las personas que están ansiosas, deprimidas o que tienen un trastorno alimentario también tienen más probabilidades de recurrir a conductas autolesionadas.

Los indicadores de autolesión incluyen:

- frecuentes lesiones inexplicables
- pistas como vendajes en botes de basura.
- ropa inapropiada para el clima (pantalones largos o mangas cuando hace calor)

Es importante cuando alguien confía en autolesionarse tratar de ser lo más no reactivo y sin juzgar posible. En este momento no existen medicamentos para tratar conductas autolesionantes. Pero algunos medicamentos pueden ayudar a tratar los trastornos mentales con los que la persona puede estar lidiando, como la depresión o la ansiedad. La consejería o terapia de salud mental también pueden ayudar.⁵⁸



Figura13.6.2: La autolesión puede ser difícil de detectar porque se puede ocultar debajo de la ropa. (La imagen de Degagebouché está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

Comportamiento Suicida

La adolescencia que siente que no hay una posible resolución a sus luchas de salud mental puede considerar, intentar o suicidarse. El **comportamiento suicida** causa dolor inconmensurable, sufrimiento y pérdida a individuos, familias y comunidades en todo el país. En promedio, 112 estadounidenses mueren por suicidio cada día. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años y más de 9.4 millones de adultos en Estados Unidos tuvieron serios pensamientos de suicidio en los últimos 12 meses. Pero el suicidio es prevenible.

Señales de advertencia de suicidio

Si alguien está mostrando uno o más de los siguientes comportamientos, puede estar pensando en suicidarse. No deben ignorarse las siguientes señales de advertencia. La ayuda debe buscarse de inmediato.

- Hablar de querer morir o suicidarse

- Buscando una manera de suicidarse
- Hablar de sentirse desesperado o no tener razón para vivir
- Hablar de sentirse atrapado o en un dolor insoportable
- Hablar de ser una carga para los demás
- Incrementar el consumo de alcohol o drogas
- Actuar ansioso o agitado
- Comportarse imprudentemente
- Dormir muy poco o demasiado
- Retirarse o sentirse aislado
- Mostrar rabia o hablar de buscar venganza
- Mostrando cambios de humor extremos

GET AYUDA

Si usted o alguien que conoce necesita ayuda, llame a la [Línea Nacional de Prevención del Suicidio](#) al 1-800-273-TALK (8255). Los trabajadores capacitados en crisis están disponibles para platicar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Colaboradores y Atribuciones

58. [Emociones hirientes](#) por parte de los [NIH](#) es de dominio público

60. [Comportamiento Suicida](#) por [MentalHealth.gov](#) es de dominio público

[Prevención de Enfermedades y Estilos de Vida Saludables — Enfermedad Mental en Niños y Adolescentes](#) por [Lumen Learning](#)
referencias [Temas de Salud Contemporáneos](#) por: Judy Baker, Ph.D., la cual está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)

This page titled [13.6: Trastornos y Síndromes](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

13.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Crecimiento físico y cambios en el cuerpo durante la pubertad
- Control de peso, obesidad y trastornos alimentarios
- Factores de riesgo y consecuencias del embarazo adolescente y la salud sexual
- Abuso de sustancias y drogas
- Problemas de salud mental para adolescentes

En el siguiente capítulo veremos el desarrollo cognitivo adolescente.

This page titled [13.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

14: Adolescencia - Desarrollo Cognitivo

objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Describir la etapa operativa formal de Piaget y las características del pensamiento operativo formal
- Comparar teorías - El desarrollo moral de Lawrence en Kohlberg y la moralidad del cuidado de Carol Gilligan
- Explicar la teoría del procesamiento de la información
- Describir las estrategias para el almacenamiento de memoria
- Explicar las áreas de transición para la adolescencia

Durante la adolescencia surgen habilidades de pensamiento más complejas. Los investigadores sugieren que esto se debe a aumentos en la velocidad y eficiencia de procesamiento más que como resultado de un aumento en la capacidad mental, es decir, debido a mejoras en las habilidades existentes más que al desarrollo de otras nuevas (Bjorkland, 1987; Case, 1985). Exploremos estas mejoras.

[14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia](#)

[14.2: Cambios cognitivos en el cerebro](#)

[14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan](#)

[14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento](#)

[14.5: Adolescencia \(Un Tiempo de Transiciones\)](#)

[14.6: Sabiduría y asunción de riesgos](#)

[14.S: Resumen](#)

Miniatura: pixabay.com/fotos/lectura-libro... n-sofa-515531/

This page titled [14: Adolescencia - Desarrollo Cognitivo](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia

Durante la adolescencia, los adolescentes van más allá del pensamiento concreto y se vuelven capaces del pensamiento abstracto. El pensamiento adolescente también se caracteriza por la capacidad de considerar múltiples puntos de vista, imaginar situaciones hipotéticas, debatir ideas y opiniones (por ejemplo, política, religión y justicia) y formar nuevas ideas. Además, no es raro que los adolescentes cuestionen la autoridad o cuestionen las normas sociales establecidas.

Empatía cognitiva, también conocida como **teoría de la mente**, que se relaciona con la capacidad de tomar la perspectiva de los demás y sentir preocupación por los demás (Shamay-Tsoory, Tomer, & Aharon-Peretz, 2005). La empatía cognitiva comienza a aumentar en la adolescencia y es un componente importante de la resolución de problemas sociales y la evitación de conflictos. Según un estudio longitudinal, los niveles de empatía cognitiva comienzan a aumentar en niñas de alrededor de 13 años, y alrededor de 15 años en niños (Van der Graaff et al., 2013). 1

Colaboradores y Atribuciones

1. Psicología — 9.3 Etapas de Desarrollo por CNX La psicología está licenciada bajo CC BY 4.0

This page titled [14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

Al principio de la adolescencia, los cambios en la **dopamina**, una sustancia química en el cerebro que es un neurotransmisor y produce sentimientos de placer, pueden contribuir a aumentar la búsqueda de sensaciones de los adolescentes y recompensar la motivación. Durante la adolescencia, las personas tienden a hacer cualquier actividad que produzca la mayor cantidad de dopamina sin considerar plenamente las consecuencias de tales acciones. Posteriormente en la adolescencia, la **corteza prefrontal**, el área del cerebro responsable de los resultados, formando juicios, controlando impulsos y emociones, también continúa desarrollándose (Goldberg, 2001). La diferencia en el momento del desarrollo de estas diferentes regiones del cerebro contribuye a que se tomen más riesgos durante la adolescencia media porque los adolescentes están motivados a buscar emociones (Steinberg, 2008). Uno de los principales expertos mundiales en desarrollo de adolescentes, Laurence Steinberg, lo comparó con el uso de un motor potente antes de que el sistema de frenado esté en su lugar. El resultado es que los adolescentes son propensos a conductas de riesgo con mayor frecuencia que los niños o los adultos.



Figura14.2.1: Una simulación del comportamiento riesgoso del consumo de alcohol y la conducción. (Imagen de la [Base de la Fuerza Aérea Scott](#) es de dominio público)

Aunque los cambios cognitivos más rápidos ocurren durante la infancia, el cerebro continúa desarrollándose a lo largo de la adolescencia, e incluso hasta los años 20 (Weinberger, Elvevåg, & Giedd, 2005). El cerebro continúa formando nuevas conexiones neuronales y se vuelve más rápido y eficiente porque **circuela**, o expulsa neuronas y conexiones no utilizadas (Blakemore, 2008), y produce **mielina**, el tejido graso que se forma alrededor de axones y neuronas, que ayuda a acelerar las transmisiones entre diferentes regiones del cerebro (Rapoport et al., 1999). Esta época de rápido crecimiento cognitivo para los adolescentes, haciéndolos más conscientes de su potencial y capacidades, provoca una gran cantidad de desequilibrio para ellos. Los teóricos han investigado los cambios y funciones cognitivos y han formado teorías basadas en este período de desarrollo. 3

Colaboradores y Atribuciones

3. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

Desarrollo adolescente por [Jennifer Lansford](#) está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

This page titled [14.2: Cambios cognitivos en el cerebro](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Jean Piaget: Etapa Operativa Formal del Desarrollo Cognitivo

La cognición se refiere a procesos de pensamiento y memoria, y **el desarrollo cognitivo** se refiere a cambios a largo plazo en estos procesos. Una de las perspectivas más conocidas sobre el desarrollo cognitivo es la teoría de la etapa cognitiva de un psicólogo suizo llamado **Jean Piaget**. Piaget creó y estudió un relato de cómo los niños y jóvenes poco a poco se vuelven capaces de pensar lógica y científicamente. Debido a que su teoría es especialmente popular entre los educadores, nos enfocamos en ella en este capítulo.

Piaget era un **constructivista psicológico**: en su opinión, el aprendizaje se procedía por la interacción de la asimilación (ajustando nuevas experiencias para adaptarse a conceptos anteriores) y acomodación (ajustando conceptos para adaptarse a nuevas experiencias). El vaivén de estos dos procesos conduce no sólo al aprendizaje a corto plazo, sino también a un **cambio de desarrollo** a largo plazo. Los desarrollos a largo plazo son realmente el foco principal de la teoría cognitiva de Piaget.

Como recordarás, Piaget propuso que la cognición se desarrolló a través de distintas etapas desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia. Por etapas se refería a una secuencia de patrones de pensamiento con cuatro características clave:

1. Siempre suceden en el mismo orden.
2. Nunca se salta ninguna etapa.
3. Cada etapa es una transformación significativa de la etapa anterior a ella.
4. Cada etapa posterior incorporó las etapas anteriores en sí misma.

Básicamente este es el modelo de desarrollo de “escalera”. Piaget propuso cuatro etapas principales del desarrollo cognitivo, y las llamó (1) inteligencia sensoriomotora, (2) pensamiento preoperativo, (3) pensamiento operativo concreto y (4) pensamiento operativo formal. Cada etapa se correlaciona con un periodo de edad de la infancia, pero solo aproximadamente. El pensamiento operativo formal aparece en la adolescencia. 4

Durante la etapa operativa formal, los adolescentes son capaces de comprender principios abstractos. Ya no están limitados por lo que se puede ver o escuchar directamente, y son capaces de contemplar construcciones como la belleza, el amor, la libertad y la moralidad. Adicionalmente, mientras los niños más pequeños resuelven problemas a través de ensayo y error, los adolescentes demuestran un **razonamiento hipotético-deductivo**, el cual está desarrollando hipótesis basadas en lo que lógicamente podría ocurrir. Son capaces de pensar en todas las posibilidades en una situación de antemano, y luego probarlas sistemáticamente, (Crain, 2005) porque son capaces de dedicarse a un verdadero pensamiento científico.



Figura14.3.1: El pensamiento adolescente se caracteriza por la capacidad de razonar lógicamente y resolver problemas hipotéticos como la forma de diseñar, planificar y construir una estructura. (Imagen del Ejército de los Estados Unidos CCDC está licenciada bajo [CC BY 2.0](https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/))

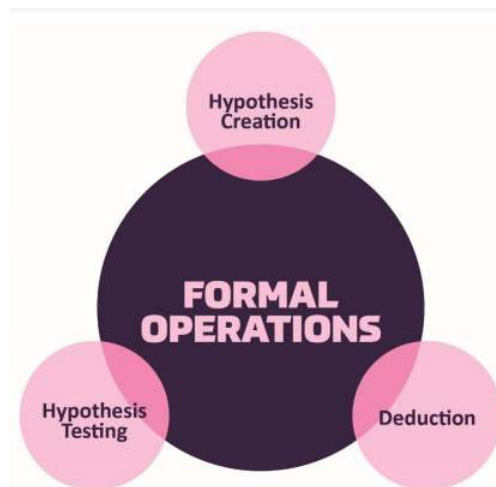


Figura14.3.2: Piaget propuso que el pensamiento operativo formal es la última etapa en el desarrollo cognitivo. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

¿Todos llegan a operaciones formales?

Según Piaget, la mayoría de las personas alcanzan cierto grado de pensamiento operativo formal, pero utilizan las operaciones formales principalmente en las áreas de su mayor interés (Crain, 2005). De hecho, la mayoría de los adultos no demuestran regularmente un pensamiento operativo formal. Una posible explicación es que el pensamiento de un individuo no ha sido suficientemente desafiado como para demostrar un pensamiento operativo formal en todos los ámbitos.

Egocentrismo adolescente

Una vez que los adolescentes pueden entender los pensamientos abstractos, entran en un mundo de posibilidades hipotéticas y demuestran **egocentrismo**, un mayor autoenfoque. La egocentricidad viene de atribuir poder ilimitado a sus propios pensamientos (Crain, 2005). Piaget creía que no era hasta que los adolescentes asumieron roles adultos que podrían aprender los límites de sus propios pensamientos.

David Elkind: Sobre la teoría de Piaget

David Elkind (1967) amplió el concepto de egocentricidad adolescente de Piaget. Elkind teorizó que los cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia hacen que los adolescentes se preocupen principalmente por sí mismos. Adicionalmente, dado que los adolescentes no logran diferenciar entre lo que otros están pensando y sus propios pensamientos, creen que otros están igual de fascinados con su comportamiento y apariencia. Esta creencia da como resultado que el adolescente anticipe las reacciones de los demás y, en consecuencia, construya una audiencia imaginaria. El **público imaginario** es la creencia del adolescente de que quienes los rodean están tan preocupados y enfocados en su apariencia como ellos mismos (Schwartz, Maynard, & Uzelac, 2008, p. 441). Elkind pensó que el público imaginario contribuyó a la autoconciencia que se produce durante la adolescencia temprana. El deseo de privacidad y la renuencia a compartir información personal pueden ser una reacción adicional a sentirse bajo constante observación por parte de otros.



Figura14.3.3: Este adolescente probablemente esté pensando, “deben estar susurrando sobre mí”. (Imagen de Twentyfour Students está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))

Otra consecuencia importante del egocentrismo adolescente es la **fábula personal** o creencia de que uno es único, especial e invulnerable al daño. Elkind (1967) explica que debido a que los adolescentes se sienten tan importantes para los demás (audiencia

imaginaria) se consideran a sí mismos y a sus sentimientos como especiales y únicos. Los adolescentes creen que solo ellos han experimentado emociones fuertes y diversas, y por lo tanto otros nunca pudieron entender cómo se sienten. Esta singularidad en las propias experiencias emocionales refuerza la creencia del adolescente de invulnerabilidad, especialmente hasta la muerte. Los adolescentes se involucrarán en conductas de riesgo, como beber y conducir o tener relaciones sexuales sin protección, y sentirán que no sufrirán ninguna consecuencia negativa. Elkind creía que la egocentricidad adolescente surgió en la adolescencia temprana y disminuyó en la adolescencia media, sin embargo, investigaciones recientes también han identificado la egocentricidad en la adolescencia tardía (Schwartz, et al., 2008).

Consecuencias del Pensamiento Operativo Formal

Como los adolescentes ahora son capaces de pensar abstracta e hipotéticamente, exhiben muchas nuevas formas de reflexionar sobre la información (Dolgin, 2011). Por ejemplo, demuestran una mayor **introspección** o pensar en los pensamientos y sentimientos de uno. Comienzan a imaginar cómo podría ser el mundo, lo que los lleva a volverse **idealistas** o a insistir en altos estándares de comportamiento. Debido a su idealismo, pueden llegar a ser críticos con los demás, especialmente los adultos en su vida. Adicionalmente, los adolescentes pueden demostrar **hipocresía**, o pretender ser lo que no son. Ya que son capaces de reconocer lo que otros esperan de ellos, se ajustarán a esas expectativas por sus emociones y comportamiento aparentemente hipócritas para ellos mismos. Por último, los adolescentes pueden exhibir **pseudoestupidez**, que es cuando abordan los problemas a un nivel demasiado complejo y fallan porque las tareas son demasiado simples. Su nueva capacidad para considerar alternativas no está completamente bajo control y parecen “estúpidos” cuando de hecho son brillantes, solo inexpertos. 8

Lawrence Kohlberg: Desarrollo moral

Kohlberg (1963) se construyó sobre la obra de Piaget y estaba interesado en conocer cómo cambia nuestro razonamiento moral a medida que envejecemos. Quería saber cómo la gente decide lo que está bien y lo que está mal (justicia moral). Así como Piaget creía que el desarrollo cognitivo de los niños sigue patrones específicos, Kohlberg argumentó que aprendemos nuestros valores morales a través del pensamiento y el razonamiento activos, y que el desarrollo moral sigue una serie de etapas. Las seis etapas de Kohlberg se organizan generalmente en tres niveles de razones morales. Para estudiar el desarrollo moral, Kohlberg planteó dilemas morales a niños, adolescentes y adultos. Tal vez recuerdes uno de esos dilemas, el dilema de Heinz, que se introdujo en el Capítulo 12:9

Una mujer estaba en su lecho de muerte. Había una droga que los médicos pensaban que podría salvarla. Era una forma de radio que un farmacéutico de la misma localidad había descubierto recientemente. El medicamento era caro de fabricar, pero el farmacéutico estaba cobrando diez veces lo que le costaba producir el medicamento. Pagó 200 dólares por el radio y cobró \$2,000 por una pequeña dosis del medicamento. El marido de la mujer enferma, Heinz, acudió a todos los que conocía para pedir prestado el dinero, pero sólo pudo reunirse alrededor de mil dólares que es la mitad de lo que costaba. Le dijo al farmacéutico que su esposa se estaba muriendo y le pidió que lo vendiera más barato o que le dejara pagar más tarde. Pero el farmacéutico dijo: “No, descubrí la droga y voy a ganar dinero con ella”. Entonces Heinz se desesperó e irrumpió en el laboratorio del hombre para robarle la droga a su esposa. ¿Debería Heinz haber irrumpido en el laboratorio para robarle la droga a su esposa? ¿Por qué o por qué no? 10

Basado en su razonamiento detrás de sus respuestas (no si pensaban que Heinz tomó la decisión correcta o no), Kohlberg colocó a cada persona en una de las etapas como se describe en la imagen de la siguiente página:

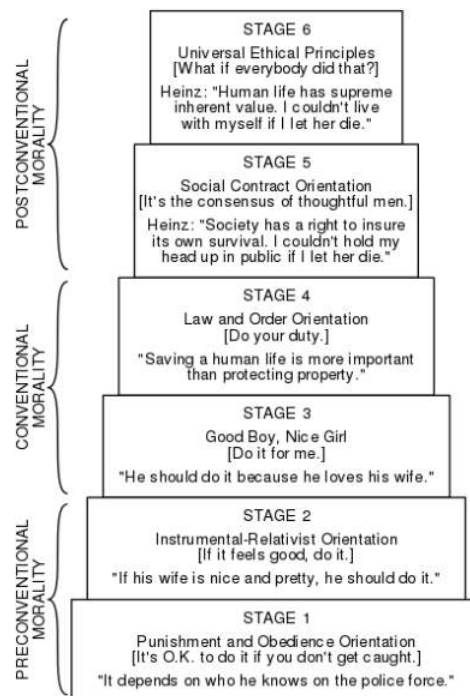


Figura14.3.4: Las seis etapas de desarrollo moral de Kohlberg. (Imagen de Lawrence Kohlberg, Em Griffin y cmglee está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#))

Aunque la investigación ha apoyado la idea de Kohlberg de que el razonamiento moral cambia de un énfasis temprano en el castigo y las reglas y regulaciones sociales a un énfasis en principios éticos más generales, como con el enfoque de Piaget, el modelo escénico de Kohlberg es probablemente demasiado simple. Por un lado, los niños pueden usar niveles más altos de razonamiento para algunos tipos de problemas, pero volver a niveles más bajos en situaciones en las que hacerlo es más consistente con sus metas o creencias (Resto, 1979). En segundo lugar, se ha argumentado que este modelo de etapa es particularmente apropiado para países occidentales, más que no occidentales, muestras en las que la lealtad a las normas sociales (como el respeto a la autoridad) puede ser particularmente importante (Haidt, 2001). Además, hay poca correlación entre cómo puntúan los niños en las etapas morales y cómo se comportan en la vida real.

Quizás la crítica más importante de la teoría de Kohlberg es que puede describir mejor el desarrollo moral de los niños que el de las niñas. Carol Gilligan ha argumentado que, debido a las diferencias en su socialización, los hombres tienden a valorar los principios de justicia y derechos, mientras que las mujeres valoran cuidar y ayudar a los demás. Si bien hay poca evidencia de que niños y niñas puntúen de manera diferente en las etapas de desarrollo moral de Kohlberg (Turiel, 1998), es cierto que las niñas y las mujeres tienden a enfocarse más en temas de cuidado, ayuda y conexión con los demás que los niños y los hombres (Jaffee & Hyde, 2000). 12

Carol Gilligan: La moralidad del cuidado

Carol Gilligan, cuyas ideas se centran en una **moralidad de cuidado**, o sistema de creencias sobre las responsabilidades humanas, el cuidado y la consideración hacia los demás, propuso tres posiciones morales que representan diferentes grados o amplitud del cuidado ético. A diferencia de Kohlberg, o Piaget, no afirma que las posiciones formen una secuencia estrictamente de desarrollo, sino solo que pueden clasificarse jerárquicamente según su profundidad o sutileza. En este sentido su teoría es "semi-desarrollada" de manera similar a la teoría de la motivación de Maslow (Brown & Gilligan, 1992; Taylor, Gilligan, & Sullivan, 1995). La siguiente tabla resume las tres posiciones morales de la teoría de Gilligan:

Tabla14.3.1: Posiciones del desarrollo moral según Gilligan

Posiciones Moral	Definición de lo que es moralmente bueno
Posición 1: Orientación de supervivencia	Acción que considera solo las necesidades personales

Posiciones Moral	Definición de lo que es moralmente bueno
Posición 2: Cuidado Convencional	Acción que considera las necesidades o preferencias de los demás pero no las propias
Puesto 3: Atención Integrada	Acción que intenta coordinar las propias necesidades personales con las de los demás

Posición 1: El cuidado como supervivencia

El tipo más básico de cuidado es una **orientación de supervivencia**, en la que una persona se ocupa principalmente de su propio bienestar. Como posición moral, una orientación de supervivencia obviamente no es satisfactoria para las aulas a una escala generalizada. Si cada estudiante solo se cuidaba solo de sí mismo, la vida en el aula podría llegar a ser bastante desagradable. Sin embargo, hay situaciones en las que preocuparse principalmente por usted mismo es a la vez un signo de buena salud mental y también relevante para los maestros. Para un niño que ha sido acosado en la escuela o abusado sexualmente en casa, por ejemplo, es saludable y moralmente deseable hablar sobre el acoso o abuso, esencialmente cuidando las propias necesidades de la víctima a expensas de las de los demás, incluidos los del acosador o abusador. orientación y es saludable porque en este caso, la niña al menos se preocupa por sí misma.

Posición 2: Cuidados Convencionales

Una posición moral más sutil es el **cuidado de los demás**, en el que una persona se preocupa por la felicidad y el bienestar de los demás, y por reconciliar o integrar las necesidades de los demás donde entran en conflicto entre sí. En las aulas, los estudiantes que operan desde la Posición 2 pueden ser muy deseables de alguna manera; pueden ser amables, considerados y buenos para encajar y trabajar cooperativamente con otros. Debido a que estas cualidades son muy bienvenidas en un aula ocupada, puede ser tentador para los maestros recompensar a los estudiantes por desarrollarlos y usarlos en gran parte de sus carreras escolares. El problema de recompensar la ética del Puesto 2, sin embargo, es que al hacerlo se descuida la identidad del alumno, sus propias metas o valores académicos y personales. Tarde o temprano, las metas personales, los valores y la identidad necesitan atención, y los educadores tienen la responsabilidad de ayudar a los estudiantes a descubrirlos y aclararlos. Desafortunadamente para los maestros, los alumnos que saben lo que quieren a veces pueden ser más asertivos y menos automáticamente obedientes que aquellos que no lo hacen.

Puesto 3: Cuidados Integrados

La forma de cuidado moral más desarrollada en el modelo de Gilligan es el **cuidado integrado**, la coordinación de las necesidades y valores personales con los de los demás. Ahora la elección moralmente buena toma en cuenta a todos *incluyéndote* a ti mismo, no a todos *excepto* a ti mismo.

En las aulas, el cuidado integrado es más probable que surja cada vez que los maestros dan a los estudiantes una libertad amplia y sostenida para tomar decisiones. Si los estudiantes tienen poca flexibilidad sobre sus acciones, hay poco espacio para considerar las necesidades o valores de alguien, ya sean los suyos o los de otros. Si el maestro dice simplemente: “Haz la tarea en la página 50 y dale la vuelta mañana por la mañana”, entonces el cumplimiento se convierte en el tema principal, no en la elección moral. Pero supongamos en cambio que ella diga algo como esto: “En los próximos dos meses, averiguaremos un proyecto de indagación sobre el uso de los recursos hídricos en nuestro pueblo. Organízalo de la manera que quieras: habla con la gente, lee ampliamente al respecto y compártelo con la clase de una manera que todos nosotros, incluyéndote a ti mismo, encontraremos significativa”. Si bien una tarea esta general o abstracta puede no ser adecuada para algunos profesores o alumnos, sí plantea retos morales para quienes sí la utilizan. ¿Por qué? Por un lado, los estudiantes no pueden simplemente llevar a cabo instrucciones específicas, sino que deben decidir qué aspecto del tema realmente les importa. La elección es en parte una cuestión de valores personales. Por otra cosa, los estudiantes tienen que considerar cómo el tema puede ser significativo o importante para otros en la clase. Tercero, debido a que la línea de tiempo para completar está relativamente lejos en el futuro, los estudiantes pueden tener que sopesar las prioridades personales (como pasar tiempo con la familia el fin de semana) contra las prioridades educativas (trabajar un poco más en la tarea el fin de semana). Algunos estudiantes pueden tener problemas para tomar buenas decisiones cuando se les da este tipo de libertad y, por lo tanto, sus maestros podrían ser cautelosos al dar tal tarea. Pero en cierto modo estas dudas son parte del punto de Gilligan: el cuidado integrado es, de hecho, más exigente que el cuidado basado en la supervivencia o la orientación hacia los demás, y no todos los estudiantes pueden estar preparados para ello. 13

Hemos aprendido que grandes cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro ocurren durante la adolescencia y dan como resultado las teorías sobre los desarrollos cognitivos y conductuales (Steinberg, 2008). Estos cambios cognitivos incluyen cómo se procesa la información, y son fomentados por mejoras en la función cognitiva durante la adolescencia temprana, como en la memoria, la codificación y el almacenamiento, así como la capacidad de pensar en el pensamiento, mejorando así en las funciones de procesamiento de información. 14

Colaboradores y Atribuciones

4. [Psicología Educativa — Desarrollo Cognitivo: La Teoría de Jean Piaget](#) por Kelvin Seifert y Rosemary Sutton está licenciada bajo [CC BY](#)

8. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

9. [Desarrollo de la Vida — Módulo 6: La Infancia Media](#) hace referencia a [Psyc 200 Lifespan Psychology](#) por Laura Overstreet, que está licenciada bajo [CC BY](#)

[Psicología inicial — Capítulo 6: Crecimiento y desarrollo](#) de Charles Stangor está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

10. El dilema de Heinz por Wikipedia está bajo la licencia [CC BY 3.0](#)

12. [Psicología inicial — Capítulo 6: Crecimiento y desarrollo](#) de Charles Stangor está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

13. [Psicología Educativa - 4.5 Desarrollo Moral: formar un sentido de derechos y responsabilidades](#) por parte de [CNX Psicología](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#)

[Psicología Educativa Contemporánea/Capítulo 3: Desarrollo Estudiantil/Desarrollo Moral](#) por Wikibooks está licenciado bajo [CC BY-SA 3.0](#)

14. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento



Figura14.4.1: Los desarrollos cerebrales durante la adolescencia permiten mayores funciones de procesamiento de información. (Imagen de Free-Photos en Pixabay)

Memoria

La memoria es un sistema de procesamiento de información que a menudo comparamos con una computadora. La memoria es el conjunto de procesos utilizados para codificar, almacenar y recuperar información durante diferentes períodos de tiempo.



Figura14.4.2: El proceso de memoria. (La imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

La codificación implica la entrada de información en el sistema de memoria. El almacenamiento es la retención de la información codificada. Recuperar, o sacar la información de la memoria y volver a la conciencia, es la tercera función.

Codificación (entrada de información a la memoria)

Obtenemos información en nuestro cerebro a través de un proceso llamado **codificación**, que es la entrada de información en el sistema de memoria. Una vez que recibimos información sensorial del medio ambiente, nuestros cerebros la etiquetan o codifican. Organizamos la información con otra información similar y conectamos nuevos conceptos con conceptos existentes. La codificación de la información se produce a través del procesamiento automático y el procesamiento eficiente. Por ejemplo, si alguien te pregunta qué comías hoy para almorzar, lo más probable es que puedas recordar esta información con bastante facilidad. Esto se conoce como **procesamiento automático**, o la codificación de detalles como el tiempo, el espacio, la frecuencia y el significado de las palabras. El procesamiento automático generalmente se realiza sin ninguna conciencia consciente.

Recordar la última vez que estudiaste para una prueba es otro ejemplo de procesamiento automático. Pero, ¿qué pasa con el material de prueba real que estudiaste? Probablemente requirió mucho trabajo y atención de su parte para codificar esa información; esto se conoce como **procesamiento esforzado**. Cuando aprendes por primera vez nuevas habilidades como conducir un automóvil, tienes que poner esfuerzo y atención para codificar información sobre cómo arrancar un automóvil, cómo frenar, cómo manejar un giro, etc. Una vez que sepas conducir, puedes codificar información adicional sobre esta habilidad automáticamente.

Almacenamiento (retención de información en la memoria)

Una vez que la información ha sido codificada, tenemos que conservarla. Nuestros cerebros toman la información codificada y la almacenan. El almacenamiento es la creación de un registro permanente de información. Para que una memoria entre en almacenamiento (es decir, memoria a largo plazo), tiene que pasar por tres etapas distintas: Memoria Sensorial, Memoria a Corto Plazo y finalmente Memoria a Largo Plazo. Estas etapas fueron propuestas por primera vez por Richard Atkinson y Richard Shiffrin (1968). Su modelo de memoria humana, llamado Atkinson-Shiffrin (A-S), se basa en la creencia de que procesamos las memorias de la misma manera que una computadora procesa la información.

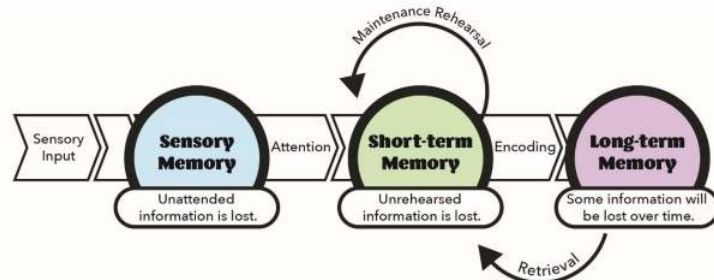


Figura14.4.3: Según el modelo de memoria Atkinson-Shiffrin, la información pasa por tres etapas distintas para que se almacene en memoria a largo plazo. (La imagen de Educ320 está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#) (imagen modificada por Ian Joslin de COCOER))

Memoria Sensorial (Primera Etapa de Almacenamiento)

En el modelo Atkinson-Shiffrin, los estímulos del ambiente se procesan primero en la **memoria sensorial**, almacenamiento de eventos sensoriales breves, como vistas, sonidos y gustos. Es un almacenamiento muy breve, hasta un par de segundos. Estamos constantemente bombardeados con información sensorial. No podemos absorberlo todo, ni siquiera la mayor parte. Y la mayor parte no tiene impacto en nuestras vidas. Por ejemplo, ¿qué llevaba su profesor el último periodo de clase? Siempre y cuando el profesor estuviera vestido apropiadamente, en realidad no importa lo que llevaran puesto. Información sensorial sobre vistas, sonidos, olores e incluso texturas, que no vemos como información valiosa, descartamos. Si vemos algo como valioso, la información pasará a nuestro sistema de memoria a corto plazo.

Un estudio de la memoria sensorial investigó la importancia de información valiosa sobre el almacenamiento de memoria a corto plazo. J. R. Stroop descubrió un fenómeno de la memoria en la década de 1930: nombrarás un color más fácilmente si aparece impreso en ese color, que se llama el efecto Stroop.

El Efecto Stroop describe por qué es difícil para nosotros nombrar un color cuando la palabra y el color de la palabra son diferentes. Para probar esto se instruye a una persona que no lea las palabras a continuación, sino que diga el color en el que se imprime la palabra. Por ejemplo, al ver la palabra “amarillo” en letra verde, deberían decir “verde”, no “amarillo”. Este experimento es divertido, pero no es tan fácil como parece.

Red	Blue	Yellow
Orange	Purple	Orange
Green	Yellow	Black
Yellow	Green	Red
Purple	Blue	Purple

Memoria a corto plazo o memoria de trabajo (segunda etapa de almacenamiento)

La **memoria a corto plazo** es un sistema de almacenamiento temporal que procesa la memoria sensorial entrante; a veces se llama memoria de trabajo. La memoria a corto plazo toma información de la memoria sensorial y a veces conecta esa memoria con algo que ya está en la memoria a largo plazo. El almacenamiento de memoria a corto plazo dura aproximadamente 20 segundos. Piense en la memoria a corto plazo como la información que ha mostrado en la pantalla de su computadora: un documento, una hoja de cálculo o una página web. La información en la memoria a corto plazo o va a la memoria a largo plazo (cuando la guarda en su disco duro) o se descarta (cuando elimina un documento o cierra un navegador web).

George Miller (1956), en su investigación sobre la capacidad de la memoria, encontró que la mayoría de las personas pueden retener alrededor de siete elementos en la memoria a corto plazo. Algunos recuerdan cinco, unos nueve, por lo que llamó a la capacidad de memoria a corto plazo el rango de siete elementos más o menos dos.

Para explorar la capacidad y duración de la memoria a corto plazo, dos personas pueden probar esta actividad. Una persona lee las cadenas de números aleatorios debajo en voz alta a la otra, comenzando cada cadena diciendo: “¿Listo?” y terminando cada uno diciendo: “Recordemos”. Entonces la segunda persona debería tratar de anotar la cadena de números de la memoria.

9754	68259	913825	5316842	86951372	719384273
6419	67148	648327	5963827	51739826	163875942

Esto se puede usar para determinar la cadena de dígitos más larga que puede almacenar. Para la mayoría de la gente, este será cercano al siete, el famoso siete más o menos dos de Miller. Recall es algo mejor para números aleatorios que para letras aleatorias

(Jacobs, 1887) y también suele ser ligeramente mejor para la información que escuchamos (**codificación acústica**, que es la codificación de sonidos) en lugar de lo que vemos (**codificación visual**, que es la codificación de imágenes y palabras en particular) (Anderson, 1969).

Memoria a largo plazo (tercera y última etapa de almacenamiento)

La memoria a largo plazo es el almacenamiento continuo de información. A diferencia de la memoria a corto plazo, la capacidad de almacenamiento de memoria a largo plazo no tiene Abarca todas las cosas que puedes recordar que sucedieron más que hace unos minutos a todas las cosas que puedes recordar que sucedieron días, semanas y años atrás. De acuerdo con la analogía de la computadora, la información en tu memoria a largo plazo sería como la información que has guardado en el disco duro. No está ahí en tu escritorio (tu memoria a corto plazo), pero puedes sacar esta información cuando la quieras, al menos la mayor parte del tiempo. No todos los recuerdos a largo plazo son recuerdos fuertes. Algunos recuerdos sólo pueden ser recordados a través de indicaciones. Por ejemplo, podrías recordar fácilmente un hecho: “¿Cuál es la capital de Estados Unidos?” —o un procedimiento— “¿Cómo se monta en bicicleta?” —pero podría tener dificultades para recordar el nombre del restaurante en el que cenaste cuando estabas de vacaciones en Francia el verano pasado. Un aviso, como que el restaurante lleva el nombre de su dueño, quien te habló sobre tu interés compartido en el fútbol, puede ayudarte a recordar (recuperar) el nombre del restaurante.

Recuperación (Encontrar recuerdos)

Así que has trabajado duro para codificar a través de un procesamiento sin esfuerzo (mucho trabajo y atención de tu parte para codificar esa información) y almacenar alguna información importante para tu próximo examen final. ¿Cómo sacas esa información del almacenamiento cuando la necesitas? El acto de sacar información del almacenamiento de la memoria y volver a la conciencia consciente se conoce como **recuperación**. Esto sería similar a encontrar y abrir un papel que previamente había guardado en el disco duro de su computadora. Ahora está de vuelta en tu escritorio, y puedes volver a trabajar con él. Nuestra capacidad para recuperar información de la memoria a largo plazo es vital para nuestro funcionamiento diario. Debes poder recuperar información de la memoria para poder hacer de todo, desde saber cepillarte el pelo y los dientes, hasta conducir al trabajo, hasta saber realizar tu trabajo una vez que llegues ahí.

Recuperación de memoria a largo plazo (sistema de almacenamiento): recuperación, reconocimiento, reaprendizaje y olvido

Hay tres formas de recuperar información de su sistema de almacenamiento de memoria a largo plazo: recuperación, reconocimiento y reaprendizaje. **Recordar** es lo que más a menudo pensamos cuando hablamos de recuperación de memoria: significa que puedes acceder a la información sin señales. Por ejemplo, usarías recordar para una prueba de ensayo. **El reconocimiento** ocurre cuando identificas información que has aprendido previamente después de encontrarla nuevamente. Implica un proceso de comparación. Cuando haces una prueba de opción múltiple, estás confiando en el reconocimiento para ayudarte a elegir la respuesta correcta. La tercera forma de recuperación es el **reaprendizaje**, y es justo lo que parece, implica aprender información que aprendiste anteriormente. Whitney tomó el español en la secundaria, pero después de la secundaria no tuvo la oportunidad de hablar español. Whitney tiene ahora 31 años, y su compañía le ha ofrecido la oportunidad de trabajar en su oficina en la Ciudad de México. Para prepararse, se inscribe en un curso de español en el colegio comunitario local. Se sorprende de lo rápido que es capaz de aprender el idioma después de no hablarlo durante 13 años; este es un ejemplo de reaprendizaje.

Olvidar (no estaba encerrado)

Como acabamos de aprender, tu cerebro debe hacer algún trabajo (procesamiento con esfuerzo) para codificar la información y moverla a la memoria a corto plazo y, en última instancia, a largo plazo. Esto tiene fuertes implicaciones para un estudiante, ya que puede afectar su aprendizaje; si uno no trabaja para codificar y almacenar información, probablemente se olvidará. Las investigaciones indican que las personas olvidan el 80 por ciento de lo que aprenden solo un día después. Esta estadística puede no sonar muy alentadora, dado todo lo que se espera que aprendas y recuerdes como estudiante universitario. Realmente, sin embargo, señala la importancia de una estrategia de estudio que no sea esperar hasta la noche anterior a un examen final para revisar el valor de lecturas y notas de un semestre. Cuando aprendes algo nuevo, el objetivo es “bloquearlo” más temprano que tarde, y moverlo de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo, donde se pueda acceder a ella cuando la necesites (como al final del semestre para tu examen final o tal vez dentro de años). En la siguiente sección se explorarán una variedad de estrategias que se pueden utilizar para procesar la información de manera más profunda y ayudar a mejorar la recuperación. 18

Estrategias de Memoria 19

Saber Qué Saber ¿Cómo puedes decidir qué estudiar y qué necesitas saber? La respuesta es priorizar lo que estás tratando de aprender y memorizar, en lugar de tratar de abordarlo todo. A continuación te presentamos algunas estrategias para ayudarte a hacer esto:

- **Piensa en conceptos más que en hechos:** La mayoría de las veces los instructores están preocupados por que aprendas sobre los conceptos clave en una asignatura o curso en lugar de hechos específicos.
- **Toma las señales de tu instructor:** Presta atención a lo que tu instructor escribe en la pizarra, menciona repetidamente en clase o incluye en guías de estudio y folletos, probablemente sean conceptos básicos en los que querrás enfocarte.
- **Busque términos clave:** Los libros de texto suelen poner términos clave en negrita o cursiva.
- **Usa resúmenes:** Lee los resúmenes de fin de capítulo, o escribe el tuyo propio, para verificar tu comprensión de los elementos principales de la lectura.

Transferencia de información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo En la discusión anterior sobre cómo funciona la memoria, se señaló la importancia de realizar esfuerzos intencionales para transferir información de la memoria a corto plazo a la memoria de A continuación se presentan algunas estrategias para facilitar este proceso:

- **Comience a revisar material nuevo de inmediato:** Recuerde que las personas suelen olvidar una cantidad significativa de nueva información dentro de las 24 horas posteriores a su aprendizaje.
- **Estudia frecuentemente por periodos de tiempo más cortos:** Si quieres mejorar las probabilidades de recordar el material del curso en el momento de un examen o en clase futura, prueba a revisarlo un poco todos los días.

Fortaleciendo tu Memoria ¿Cómo puedes trabajar para fortalecer tu memoria general? Algunas personas tienen recuerdos más fuertes que otras pero memorizar nueva información requiere trabajo para cualquiera. A continuación se presentan algunas estrategias que pueden ayudar a la memoria:

- **Ensayo:** Una estrategia es el ensayo, o la repetición consciente de información para ser recordada (Craik & Watkins, 1973). El aprendizaje académico viene con el tiempo y la práctica, y en algún momento las habilidades se convierten en una segunda naturaleza.
- **Incorpore imágenes:** Las ayudas visuales como tarjetas de notas, mapas conceptuales y texto resaltado son formas de hacer que la información destaque. Estas ayudas hacen que la información a memorizar parezca más manejable y menos desalentadora.
- **Crear mnemotécnicos:** Los dispositivos de memoria conocidos como nemotécnicos pueden ayudarte a retener información mientras solo necesitas recordar una frase o patrón de letras único que destaque. Son especialmente útiles cuando queremos recordar bits de información más grandes como pasos, etapas, fases y partes de un sistema (Bellezza, 1981). Existen diferentes tipos de dispositivos mnemotécnicos:
 - **Acrónimo:** Un acrónimo es una palabra formada por la primera letra de cada una de las palabras que quieres recordar. Como HOMES for the Great Lakes (Huron, Ontario, Michigan, Erie y Superior)
 - **Acróstico:** En un acróstico, haces una frase de todas las primeras letras de las palabras. Por ejemplo, si necesitas recordar el orden de las operaciones matemáticas, recordar la frase “Por favor, disculpe a mi querida tía Sally” te ayudará, porque el orden de las operaciones matemáticas es Paréntesis, Exponentes, Multiplicación, División, Suma, Resta.
 - **Jingles:** Las melodías que riman que contienen palabras clave relacionadas con el concepto, como “i antes de e, excepto después de c” son jingles.
 - **Visual:** Usar un visual para ayudarte a recordar también es útil. Como el mnemotécnico de nudillos que se muestra en la imagen de abajo para ayudarte a recordar el número de días en cada mes. Los meses con 31 días están representados por los nudillos sobresalientes y los meses más cortos caen en las manchas entre nudillos.



Figura14.4.4: Podrías usar un dispositivo mnemotécnico para ayudarte a recordar el nombre de alguien, una fórmula matemática o los seis niveles de la taxonomía de Bloom. (Imagen de [Laura Lucas](#) está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

- **Chunking:** Otra estrategia es el chunking, donde organizas la información en bits o trozos manejables, como convertir un número de teléfono que recuerdes en trozos.
- **Conectar información nueva a información antigua:** Es más fácil recordar información nueva si puede conectarla a información antigua, a un marco de referencia familiar o a una experiencia personal.
- **Consigue un sueño de calidad:** Aunque algunas personas requieren dormir más o menos que la cantidad recomendada, la mayoría de las personas deben apuntar a seis a ocho horas cada noche.

Colaboradores y Atribuciones

18. [Memoria y Procesamiento de Información](#) por [Laura Lucas](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
19. [Memoria y Procesamiento de Información](#) por [Laura Lucas](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

El crecimiento cognitivo y una nueva sensación de libertad e independencia hacen que sea más fácil y difícil para los adolescentes a la hora de tomar decisiones y hacer frente a las próximas transiciones y decisiones de la vida.

Logro académico, abandono de la escuela secundaria y años sabáticos

A medida que los Adolescentes crecen, encuentran puntos de transición relacionados con la edad que requieren que progresen a un nuevo rol, como ir a la universidad, tomarse un año libre o Año Gap, o comenzar a trabajar hacia una carrera. Las expectativas educativas varían no sólo de una cultura a otra sino también de una clase a otra. Si bien las familias de clase media o alta pueden esperar que su hija o hijo asistan a una universidad de cuatro años después de graduarse de la escuela secundaria, otras familias pueden esperar que sus hijos comiencen inmediatamente a trabajar a tiempo completo, como muchos dentro de sus familias lo han hecho antes. 21

Logro Académico

Los adolescentes pasan más tiempo de vigilia en la escuela que en cualquier otro contexto (Eccles & Roeser, 2011). El logro académico durante la adolescencia se predice por factores interpersonales (por ejemplo, participación de los padres en la educación de los adolescentes), intrapersonales (por ejemplo, motivación intrínseca) e institucionales (por ejemplo, calidad escolar). El logro académico es importante por derecho propio como marcador de ajuste positivo durante la adolescencia pero también porque el logro académico prepara el escenario para futuras oportunidades educativas y ocupacionales. La consecuencia más grave del fracaso escolar, particularmente la deserción escolar, es el alto riesgo de desempleo o subempleo en la edad adulta que sigue. Un alto rendimiento puede sentar las bases para la formación y oportunidades profesionales universitarias o futuras. 22

Abandonan la escuela secundaria

La **tasa de deserción por estatus** se refiere al porcentaje de jóvenes de 16 a 24 años que no están inscritos en la escuela y no cuentan con credenciales de preparatoria (ya sea un diploma o una credencial de equivalencia como un certificado de Desarrollo Educativo General [GED]). La tasa de deserción escolar se basa en encuestas por muestreo de la población civil, no institucionalizada, lo que excluye a las personas en los centros penitenciarios, a los militares y a otras personas que no viven en los hogares 23. La tasa de deserción escolar entre los estudiantes de secundaria ha disminuido de 9.7% en 2006 a 5.4% en 2017 24.

Año sabático: Cómo: diferentes sociedades socializan a los adultos jóvenes

Los puntos de transición de edad requieren la socialización hacia nuevos roles que pueden variar ampliamente entre las sociedades. Por ejemplo, en el Reino Unido, cuando los adolescentes terminan su escolaridad secundaria (también conocida como preparatoria en Estados Unidos), a menudo se toman un año “libre” antes de ingresar a la universidad. Con frecuencia, pueden tomar un trabajo, viajar o encontrar otras formas de experimentar otra cultura. El príncipe Guillermo, duque de Cambridge, pasó su año sabático practicando habilidades de supervivencia en Belice, enseñando inglés en Chile y trabajando en una granja lechera en el Reino Unido (Prince of Wales 2012a). Su hermano, el príncipe Harry, abogó por los huérfanos del SIDA en África y trabajó como jackeroo (una mano de rancho novato) en Australia (Prince of Wales 2012b).



Figura14.5.1: Príncipe Guillermo. (La imagen es de dominio público)



Figura14.5.2: Príncipe Harry. (La imagen de Carfax2 está licenciada bajo [CC BY-SA 3.0](#))

En Estados Unidos, este punto de transición de vida se socializa de manera bastante diferente, y tomarse un año libre generalmente está mal visto. En cambio, se alienta a los jóvenes estadounidenses a elegir trayectorias profesionales a mediados de la adolescencia, a seleccionar una universidad y una especialización a finales de la adolescencia, y a haber completado toda la escolaridad universitaria o formación técnica para su carrera a principios de los veinte años.

En otras naciones, esta fase del curso de la vida está ligada al **servicio militar obligatorio**, término que describe el servicio militar obligatorio. Egipto, Suiza, Turquía y Singapur cuentan con este sistema en su lugar. Se espera que los jóvenes de estas naciones (a menudo sólo los varones) se sometan a varios meses o años de entrenamiento y servicio militar. 27

Adolescentes e independencia: carrera, experiencia laboral y conducción

Adolescentes en la Fuerza Laboral

Muchos adolescentes trabajan ya sea en trabajos de verano, o durante el año escolar, o pueden trabajar en lugar de la universidad. Tener un trabajo puede ofrecer a los adolescentes fondos adicionales, brindar la oportunidad de aprender nuevas habilidades, fomentar ideas sobre futuras carreras y tal vez arrojar luz sobre el verdadero valor del dinero. Sin embargo, existen numerosas preocupaciones sobre el trabajo de los adolescentes, especialmente durante el ciclo escolar. Varios estudios han encontrado que trabajar más de 20 horas a la semana puede conducir a caídas en los grados, una desvinculación general de la escuela (Staff, Schulenberg, & Bachman, 2010; Lee & Staff, 2007; Marsh & Kleitman, 2005), un aumento en el abuso de sustancias (Longest & Shanahan, 2007), participando antes conducta sexual y embarazo (Staff et al., 2011). Al igual que muchos grupos de empleados, los adolescentes han visto una caída en el número de empleos. Los empleos veraniegos de generaciones anteriores han estado en constante descenso, según el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Bureau of Labor Statistics (2016).



Figura14.5.3: Cuántas horas y las razones por las que trabaja esta adolescente, influirán en los efectos de su trabajo. (Imagen de Brooke Cagle en [Unsplash](#))

Los trabajadores pobres

Una preocupación importante en Estados Unidos es el creciente número de jóvenes que optan por trabajar en lugar de continuar su educación y están creciendo o siguen creciendo en la pobreza. Crecer en la pobreza o ingresar a la fuerza laboral demasiado pronto, puede cortar el acceso a la educación y los servicios que la gente necesita para salir de la pobreza y entrar en un empleo estable. La investigación afirma que la educación fue a menudo una clave para la estabilidad, y los criados en la pobreza son los que menos pueden encontrar un trabajo bien remunerado, perpetuando un ciclo. Quienes trabajan solo a tiempo parcial, pueden ser adolescentes o quienquiera, tienen más probabilidades de ser clasificados como trabajadores pobres que aquellos con empleo de tiempo completo; los niveles más altos de educación conducen a una menor probabilidad de estar entre los trabajadores pobres 29 En 2017, los trabajadores pobres incluyeron 6.9 millones de estadounidenses, por debajo de 7.6 millones en 2011 (Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos, 2019). 30

Conductores Adolescentes

Conducir da a los adolescentes una sensación de libertad e independencia de sus padres. También puede liberar tiempo para los padres, ya que no están trasladando a los adolescentes hacia y desde la escuela, las actividades o el trabajo. La Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en Carreteras (NHTSA) informa que en 2014 los conductores jóvenes (de 15 a 20 años) representaron 5.5% (11.7 millones) del número total de conductores (214 millones) en EU (Centro Nacional de Estadística y Análisis (NCSA), 2016). No obstante, casi 9% de todos los conductores involucrados en choques fatales ese año fueron conductores jóvenes (NCSA, 2016), y según el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (2014), los accidentes automovilísticos son la principal causa de muerte para los jóvenes de 15 a 20 años. “En todas las jurisdicciones motorizadas del mundo, los conductores jóvenes e inexpertos tienen tasas de choques mucho más altas que los conductores mayores y más experimentados” (NCSA, 2016, p. 1).

La tasa de choques fatales es mayor para los varones jóvenes que para las hembras jóvenes, aunque para ambos sexos la tasa fue más alta para el grupo de edad de 15 a 20 años. Para los varones jóvenes, la tasa de choques fatales fue de aproximadamente 46 por cada 100 mil conductores, en comparación con 20 por cada 100 mil conductores para mujeres jóvenes. La NHTSA (NCSA, 2016) informó que de los jóvenes conductores que fueron asesinados y que tenían alcohol en su sistema, 81% tenían un recuento de alcohol en la sangre más allá de lo que se consideraba el límite legal. Los choques fatales por consumo de alcohol fueron mayores entre hombres jóvenes que mujeres jóvenes. La NHTSA también encontró que los adolescentes tenían menos probabilidades de usar los cinturones de seguridad si conducían bajo la influencia del alcohol, y que el uso de restricciones disminuyó a medida que aumentaba el nivel de intoxicación por alcohol.

AAA completó un estudio en 2014 que mostró que los siguientes son factores de riesgo para accidentes para conductores adolescentes:

- Siguiendo los autos demasiado de cerca
- Conducir demasiado rápido para el clima y las condiciones de la carretera
- Distracción de otros pasajeros
- Distracción de los teléfonos celulares

De acuerdo con la NHTSA, 10% de los conductores de 15 a 19 años involucrados en choques fatales fueron reportados como distraídos al momento del choque; la cifra más alta para cualquier grupo de edad (NCSA, 2016). Se ha encontrado que la distracción junto con la inexperiencia incrementa en gran medida el riesgo de accidente (Klauer et al., 2014).

La NHTSA sí encontró que el número de accidentes ha estado en disminución desde 2005. Atribuyen esto a una mayor formación de conductores, una mayor conciencia social a los desafíos de conducir para los adolescentes y a cambios en las leyes que restringen la edad para beber. La NHTSA estima que el aumento de la edad legal para beber a 21 años en los 50 estados y el Distrito de Columbia ha salvado 30 323 vidas desde 1975. 31



Figura14.5.4: Este adolescente necesita tener una sólida formación de conductores y conciencia sobre los desafíos de conducción. (La imagen de State Farm está licenciada bajo CC BY 2.0)

Colaboradores y Atribuciones

21. El contenido de Dawn Rymond está licenciado bajo CC BY 4.0

Introducción a la Sociología 2e — Capítulo 5.4: Socialización a lo largo de la vida Curso de OpenStax está licenciado bajo CC BY 4.0

22. Desarrollo adolescente por Jennifer Lansford está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

23. Departamento de Educación de Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas Educativas. (2015). *La condición de la educación 2015* (NCES 2015-144), Status Dropout Rates.; [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
24. [La Condición de la Educación](#) por parte del [Centro Nacional de Estadísticas Educativas](#) es de dominio público
27. [Introducción a la Sociología 2e — Capítulo 5.4: Socialización a lo largo de la vida](#) Curso de [OpenStax](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
29. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- El [trabajo en los Estados Unidos](#) por [OpenStax](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
30. [Un perfil de los trabajadores pobres, 2017](#) por el [BLS](#) es de dominio público
31. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [14.5: Adolescencia \(Un Tiempo de Transiciones\)](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

14.6: Sabiduría y asunción de riesgos

Ya sea un sentido elevado de habilidad (hemos aprendido mucho sobre el egocentrismo, fábula personal, audiencia imaginaria, o la falta de desarrollo de la corteza prefrontal), o simplemente una mala toma de decisiones, muchos adolescentes tienden a tomar riesgos innecesarios. La **sabiduría**, o la capacidad de perspicacia y juicio que se desarrolla a través de la experiencia, aumenta entre los 14 y 25 años y aumenta con la madurez, las experiencias de vida y el desarrollo cognitivo. La sabiduría aumenta gradualmente y no es lo mismo que la inteligencia, y los adolescentes no mejoran sustancialmente en las pruebas de CI ya que sus puntajes son relativos a otros en su grupo de edad, ya que todos maduran aproximadamente al mismo ritmo. Los adolescentes deben ser monitoreados porque tienen más probabilidades de correr riesgos que los adultos. La teoría conductual de toma de decisiones propone que tanto adolescentes como adultos sopesen las posibles recompensas y consecuencias de una acción. Sin embargo, los adolescentes parecen dar más peso a las recompensas, particularmente a las recompensas sociales, que a los adultos. El andamiaje de adolescentes hasta que muestren un juicio consistente y apropiado probablemente permitirá menos consecuencias negativas. 33

Colaboradores y Atribuciones

33. [Psicología sin límites — Desarrollo Humano](#) por Boundless.com está licenciado bajo [CC BY-SA 4.0](#)

This page titled [14.6: Sabiduría y asunción de riesgos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

14.S: Resumen

En este capítulo nos fijamos en:

- Etapa operativa formal de Piaget
- Desarrollo Moral y Teoría de la Moralidad del Cuidado
- Memorias en la Teoría del Procesamiento de la Información
- Transiciones e independencia de adolescentes

En el siguiente capítulo estaremos examinando el desarrollo social emocional de los adolescentes.

This page titled [14.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

15: Adolescencia - Desarrollo Social Emocional

objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo, deberías ser capaz de:

1. Compara las teorías de Erikson y Marcia
2. Explicar la identidad y el autoconcepto
3. Resumir las etapas del desarrollo de la identidad étnica
4. Explicar el desarrollo de la identidad de género
5. Resumir la identidad y orientación de la sexualidad
6. Describir comportamientos antisociales
7. Explicar la etapa de desarrollo de la edad adulta emergente

Los adolescentes continúan afinando su sentido de sí mismos a medida que se relacionan con los demás. Las principales preguntas del adolescente son “¿Quién soy yo?” y “¿Quién quiero ser?” Algunos adolescentes adoptan los valores y roles que sus padres esperan de ellos. Otros adolescentes desarrollan identidades que se alinean más con los grupos de pares que con las expectativas de sus padres. Esto es común ya que los adolescentes trabajan para formar sus identidades. Se alejan de sus padres y el grupo de pares se vuelve muy importante (Shanahan, McHale, Osgood, & Crouter, 2007). A pesar de pasar menos tiempo con sus padres, la mayoría de los adolescentes reportan sentimientos positivos hacia ellos (Moore, Guzmán, Hair, Lippman, & Garrett, 2004). Las relaciones cálidas y saludables entre padres e hijos se han asociado con resultados positivos para el adolescente, como mejores calificaciones y menos problemas de conducta escolar, tanto en Estados Unidos como en otros países (Hair et al., 2005). 1

[15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial](#)

[15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad](#)

[15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?](#)

[15.4: Desarrollo de la Identidad de Género](#)

[15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia](#)

[15.6: Comunidad, sociedad y cultura](#)

[15.7: Medios- Influencias en los adolescentes](#)

[15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual](#)

[15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia](#)

[15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil](#)

[15.11: Violencia y abuso](#)

[15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta](#)

[15.S: Resumen](#)

Miniaturas: [pixabay.com/fotos/amor-golpe... jóvenes-1716825/](https://pixabay.com/fotos/amor-golpe...jóvenes-1716825/)

This page titled [15: Adolescencia - Desarrollo Social Emocional](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson \(College of the Canyons\)](#) .

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

Erikson propuso que cada periodo de la vida tiene un reto o crisis único que una persona debe enfrentar. Esto se conoce como un **desarrollo psicosocial**. Según Erikson, el desarrollo exitoso implica tratar y resolver las metas y demandas de cada una de estas crisis de manera positiva. Estas crisis suelen llamarse etapas, aunque ese no es el término que utiliza Erikson. Si una persona no resuelve una crisis con éxito, puede entorpecer su capacidad para hacer frente a crisis posteriores. Por ejemplo, un individuo que no desarrolla un claro sentido de propósito e identidad (la quinta crisis de Erikson - Identidad vs. confusión de roles) puede volverse ensimismado y estancarse en lugar de trabajar hacia el mejoramiento de los demás (séptima crisis de Erikson -Generatividad vs. Estancamiento). Sin embargo, la mayoría de los individuos son capaces de completar con éxito las ocho crisis de su teoría. 3

Identidad vs. confusión de roles

Identidad vs. rol La confusión es una etapa importante de desarrollo donde el niño tiene que aprender los roles que ocupará como adulto. En la adolescencia, los niños (de 12 a 18 años) se enfrentan a la tarea de confusión de identidad vs. roles. El éxito en esta etapa conducirá a la virtud de la **fidelidad**. La fidelidad implica poder comprometerse con los demás sobre la base de aceptar a los demás, aun cuando puedan existir diferencias ideológicas. Según Erikson, la tarea principal de un adolescente es desarrollar un sentido de sí mismo. Los adolescentes luchan con preguntas como “¿Quién soy yo?” y “¿Qué quiero hacer con mi vida?” En el camino, la mayoría de los adolescentes se prueban a muchos seres diferentes para ver cuáles encajan; exploran diversos roles e ideas, establecen metas e intentan descubrir su yo “adulto”. Los adolescentes que tienen éxito en esta etapa tienen un fuerte sentido de identidad y son capaces de mantenerse fieles a sus creencias y valores ante problemas y perspectivas ajenas. Cuando los adolescentes son apáticos, no hacen una búsqueda consciente de identidad, o son presionados para que se ajusten a las ideas de sus padres para el futuro, pueden desarrollar un sentido débil de sí mismos y experimentar confusión de roles. Estarán inseguros de su identidad y confundidos sobre el futuro. Los adolescentes que luchan por adoptar un papel positivo probablemente lucharán por “encontrarse” a sí mismos como adultos. 4

Erikson vio esto como un período de confusión y experimentación con respecto a la identidad y cómo uno navega por el camino de la vida. Durante la adolescencia, experimentamos una **moratoria psicológica**, donde los adolescentes ponen en suspenso su identidad actual mientras exploran sus opciones de identidad. La culminación de esta exploración es una visión más coherente de uno mismo. Aquellos que no logran resolver esta etapa pueden o bien retirarse aún más en el aislamiento social o perderse entre la multitud. Sin embargo, investigaciones más recientes sugieren, que pocos abandonan este período de edad con logro de identidad y que la mayor parte de la formación de identidad ocurre durante la edad adulta joven (Côté, 2006). 5

Colaboradores y Atribuciones

3. [Introducción a la Psicología](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
4. [Educación, sociedad y el alumno K-12 — Parte II: La psicología educativa](#) hace referencia a Modificación de las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson por Boundless, la cual está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
5. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad

Un enfoque para evaluar el desarrollo de la identidad fue propuesto por James Marcia. En su enfoque, los adolescentes hacen preguntas sobre su exploración y compromiso con temas relacionados con la ocupación, la política, la religión y el comportamiento sexual. Estudios que evalúan cómo pasan los adolescentes por las etapas de Marcia muestran que aunque la mayoría de los adolescentes finalmente logran desarrollar una identidad estable, el camino hacia ella no siempre es fácil y hay muchas rutas que se pueden tomar. Algunos adolescentes pueden simplemente adoptar las creencias de sus padres o el primer rol que se les ofrece, tal vez a costa de buscar otras posibilidades más prometedoras (estado de ejecución hipotecaria). Otros adolescentes pueden pasar años probando diferentes identidades posibles (estado de moratoria) antes de finalmente elegir una. 6

Marcia identificó cuatro estados de identidad que representan las cuatro posibles combinaciones de la dimensión de compromiso y exploración. 7

Tabla 15.2.1: Estado de identidad

Estado de Identidad	Descripción 8
El estatus Identidad-Difusión es un estatus que caracteriza a quienes no han explorado las opciones, ni se han comprometido con una identidad.	El individuo no tiene compromisos firmes respecto a los temas en cuestión y no está avanzando hacia ellos. Aquellos que persisten en esta identidad pueden derivar sin rumbo fijo con poca conexión con quienes los rodean o tener poco sentido de propósito en la vida.
El estado de identidad-ejecución hipotecaria es el estatus de aquellos que se han comprometido con una identidad sin haber explorado las opciones.	El individuo no se ha dedicado a ninguna experimentación de identidad y ha establecido una identidad basada en las elecciones o valores de los demás. Algunos padres pueden tomar estas decisiones por sus hijos y no le dan al adolescente la oportunidad de tomar decisiones. En otros casos, los adolescentes pueden identificarse fuertemente con los padres y otras personas en su vida y desean seguir sus pasos.
El estatus de Identidad-Moratoria es un estatus que describe a aquellos que están explorando en un intento de establecer una identidad pero que aún no han hecho ningún compromiso.	El individuo está explorando diversas opciones pero aún no ha hecho un compromiso claro con ninguna de ellas. Este puede ser un período de tiempo ansioso y emocionalmente tenso ya que el adolescente experimenta con diferentes roles y explora diversas creencias. Nada es seguro y hay muchas preguntas, pero pocas respuestas.
El estado de identidad-logro se refiere al estatus de quienes, después de la exploración, han hecho un compromiso.	El individuo ha alcanzado una identidad coherente y comprometida basada en decisiones personales. Este es un proceso largo y no suele lograrse al final de la adolescencia

El estado menos maduro, y uno común en muchos niños, es la difusión de la identidad. Durante la escuela secundaria y los años universitarios, los adolescentes y adultos jóvenes pasan de la difusión de identidad y la ejecución hipotecaria hacia la moratoria y el logro. Las mayores ganancias en el desarrollo de la identidad están en la universidad, ya que los estudiantes universitarios están expuestos a una mayor variedad de opciones de carrera, estilos de vida y creencias. Esto es probable que incite en cuestiones relativas a la identidad. Gran parte del trabajo identitario que realizamos en la adolescencia y la adultez joven se refiere a valores y metas, ya que nos esforzamos por articular una visión personal o sueño para lo que esperamos lograr en el futuro (McAdams, 2013). 9

Para ayudarlos a trabajar en el proceso de desarrollo de una identidad, los adolescentes pueden probar diferentes identidades en diferentes situaciones sociales. Pueden mantener una identidad en casa y un tipo diferente de persona cuando están con sus compañeros. Finalmente, la mayoría de los adolescentes sí integran las diferentes posibilidades en un solo autoconcepto y un cómodo sentido de identidad (estado de identidad-logro). Para los adolescentes, el grupo de pares proporciona información valiosa sobre el autoconcepto. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta “¿Cómo eras cuando eras adolescente? (por ejemplo, ¿genial, nerd, torpe?)”, posado en el sitio web Answerbag, un adolescente respondió de esta manera:

Todavía soy un adolescente ahora, pero de 8º a 9º grado realmente no sabía lo que quería en absoluto. Yo era inteligente, así que salí con los chicos nerd. Todavía lo hago; mis amigos significan el mundo para mí. Pero a mediados del octavo grado empecé a salir con lo que puedes llamar a los chicos “cool”... y también salí con algunos fumetas, solo por variedad. Me perforé varias partes del cuerpo y mantuve mis calificaciones altas. Ahora, sólo estoy tratando de encontrar quien soy. Incluso estoy haciendo mi segundo año en China para poder tener una mejor visión de lo que quiero. (Answerbag, 2007). ¿Cómo eras cuando eras adolescente? (e.g., ¿genial, nerd, torpe?). (Citado de doJoKills en http://www.answerbag.com/q_view/171753)

Una gran parte de lo que el adolescente está aprendiendo es la **identidad social**, la parte del autoconcepto que se deriva de las membresías grupales. Los adolescentes definen sus identidades sociales de acuerdo a cómo son similares y diferentes de los demás, encontrando significado en las categorías deportivas, religiosas, escolares, de género y étnicas a las que pertenecen. 10



Figura15.2.1: (Imagen en Pixabay)



Figura15.2.2: (Imageon Pixabay)



Figura15.2.3: (Imagen de [Valerie Everett](#) está licenciada bajo [CC BY-SA 2.0](#))



Figura15.2.4: (Imagen de [Adi Rahman](#) en [Unsplash](#))

Los adolescentes buscan apegos estables a través del desarrollo de identidades sociales.

Colaboradores y Atribuciones

6. [Introducción a la Psicología](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
7. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
8. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
9. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#); Tabla adaptada de Marcia, J. (1980). Identidad en la adolescencia. *Manual de psicología del adolescente*, 5, 145
10. [Introducción a la Psicología](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?

Los psicólogos del desarrollo han investigado varias áreas diferentes del desarrollo de la identidad para la adolescencia y algunas de las áreas principales incluyen:

Identidad religiosa

Las opiniones religiosas de los adolescentes suelen ser similares a las de sus familias (Kim- Spoon, Longo, & McCullough, 2012). La mayoría de los adolescentes pueden cuestionar costumbres, prácticas o ideas específicas en la fe de sus padres, pero pocos rechazan completamente la religión de sus familias.



Figura15.3.1: Un adolescente musulmán (Imagen en Pixabay)



Figura15.3.2: Un adolescente judío (Imagen de Eli está licenciada bajo CC BY 2.0)

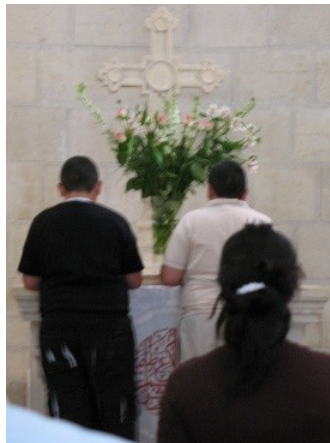


Figura15.3.3: Un adolescente católico (Imagen de James Emery está licenciada bajo CC BY 2.0)



Figura15.3.4: Un adolescente budista (La imagen está licenciada bajo [CC0 1.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))

Identidad Política

La ideología política de los adolescentes también está influenciada por las creencias políticas de sus padres. Una nueva tendencia en el siglo XXI es la disminución de la afiliación partidista entre los adultos. Muchos adultos no se alinean ni con el partido democrático ni republicano, sino que se ven a sí mismos como más un “independiente”. Sus hijos adolescentes suelen seguir su ejemplo o se vuelven más apolíticos (Côté, 2006).

Identidad vocacional

Si bien los adolescentes de generaciones anteriores se imaginaban a sí mismos como trabajando en un trabajo en particular y a menudo trabajaban como aprendices o a tiempo parcial, esta rara vez es el caso hoy en día. La identidad vocacional tarda más en desarrollarse, ya que la mayoría de las ocupaciones actuales requieren habilidades y conocimientos específicos que requerirán educación adicional o se adquieren en el propio trabajo. Además, muchos de los trabajos que tienen los adolescentes no están en profesiones que la mayoría de los adolescentes buscarán como adultos.

Identidad de Género

Esto también se está convirtiendo en una tarea cada vez más prolongada a medida que las actitudes y normas respecto al género siguen cambiando. Los roles apropiados para hombres y mujeres están evolucionando. Algunos adolescentes pueden embargar una identidad de género como una forma de lidiar con esta incertidumbre, y pueden adoptar roles masculinos o femeninos más estereotipados (Sinclair & Carlsson, 2013). Estaremos observando más de cerca la identidad de género más adelante en el capítulo.

19

Autoconcepto y Autoestima

En la adolescencia, los adolescentes continúan desarrollando su autoconcepto. Su capacidad para pensar en las posibilidades y razonar de manera más abstracta puede explicar la mayor diferenciación del yo durante la adolescencia. Sin embargo, la comprensión de sí mismo del adolescente suele estar llena de contradicciones. Los adolescentes jóvenes pueden verse a sí mismos como extrovertidos pero también retraídos, felices pero a menudo malhumorados, y a la vez inteligentes y completamente despistados (Harter, 2012). Estas contradicciones, junto con el creciente reconocimiento del adolescente de que su personalidad y comportamiento parecen cambiar dependiendo de con quién esté o dónde se encuentre, pueden llevar al joven adolescente a sentirse como un fraude. Con sus padres pueden parecer más enojados y hoscos, con sus amigos son más extrovertidos y tontos, y en el trabajo son tranquilos y cautelosos. “¿Cuál soy realmente yo?” puede ser el estribillo del joven adolescente. Harter (2012) encontró que los adolescentes enfatizan rasgos como ser amigables y considerados más que los niños, destacando su creciente preocupación por cómo los demás pueden verlos. Harter también descubrió que los adolescentes mayores agregan valores y estándares morales a sus autodescripciones.



Figura15.3.5: La comprensión de sí mismo por parte de un adolescente suele estar llena de contradicciones. (Imagen en Pixabay)



Figura15.3.6: Los adolescentes son más propensos a enfatizar valores en sus autodescripciones. (La imagen está licenciada bajo [CC0 1.0](#))

A medida que se desarrolla el autoconcepto también lo hace la autoestima. Además de las dimensiones académica, social, de apariencia y física/atléctica de la autoestima en la infancia media y tardía, los adolescentes también agregan percepciones de su competencia en las relaciones románticas, en el trabajo y en las amistades cercanas (Harter, 2006). La autoestima a menudo disminuye cuando los niños pasan de un entorno escolar a otro, como pasar de la primaria a la secundaria, o de la secundaria a la secundaria (Ryan, Shim, & Makara, 2013). Estas disminuciones suelen ser temporales, a menos que existan factores estresantes adicionales como conflictos parentales, u otras interrupciones familiares (De Wit, Karioja, Rye, & Shain, 2011). La autoestima aumenta de mediados a finales de la adolescencia para la mayoría de los adolescentes, especialmente si se sienten seguros en sus relaciones con los compañeros, su apariencia y habilidades atléticas (Birkeland, Melkivik, Holsen y Wold, 2012).

Colaboradores y Atribuciones

19. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

Desde el nacimiento, a los niños se les asigna un género y se socializa para ajustarse a ciertos roles de género en función de su sexo biológico. “**Sexo**”, se refiere a las diferencias físicas o fisiológicas entre hombres, mujeres y personas intersexuales, incluyendo sus características sexuales primarias y secundarias. “**Género**”, por otra parte, se refiere a distinciones sociales o culturales asociadas a un sexo determinado.

Cuando nacen los bebés, se les asigna un género en función de su sexo biológico: los bebés varones se asignan como niños, se asignan bebés femeninos como niñas, y los bebés **intersexuales** nacen con características sexuales que no se ajustan a las definiciones típicas para cuerpos masculinos o femeninos, y generalmente son relegados en una categoría de género u otra. Los estudiosos generalmente consideran el género como una **construcción social**, lo que significa que no existe naturalmente sino que es un concepto creado por normas culturales y sociales. Desde el nacimiento, los niños son socializados para ajustarse a ciertos roles de género en función de su sexo biológico y el género al que están asignados.²²

La experiencia subjetiva de una persona de su propio género y cómo se desarrolla, o **identidad de género**, es un tema de mucho debate. Es la medida en que uno se identifica con un género particular; es el sentido individual de una persona y la experiencia subjetiva de ser hombre, mujer u otro género. A menudo se forma temprano en la vida y consiste principalmente en la aceptación (o no aceptación) de la membresía de uno en una categoría de género. En la mayoría de las sociedades existe una división básica entre los atributos de género asignados a hombres y mujeres. En todas las sociedades, sin embargo, algunos individuos no se identifican con algunos (o todos) de los aspectos de género que se asignan a su sexo biológico.

Aquellos que se identifican con el género que corresponde al sexo que se les asigna al nacer (por ejemplo, se les asigna hembra al nacer y continúan identificándose como niña, y posteriormente mujer) se denominan **cisgénero**. En muchas culturas occidentales, los individuos que se identifican con un género que es diferente a su sexo biológico (por ejemplo, se les asigna mujer al nacer pero sienten interiormente que son un niño o un género distinto a una niña) se les llama **transgénero**. Algunas personas transgénero, si tienen acceso a recursos y atención médica, optan por alterar sus cuerpos a través de intervenciones médicas como la cirugía y la terapia hormonal para que su ser físico esté mejor alineado con su identidad de género.



Figura15.4.1: Esta persona se identifica como genderqueer. (Imagen de [Franziska Neumeister](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Términos recientes como “genderqueer”, “género fluido”, “variante de género”, “andrógino”, “agender” y “género no conforme” son utilizados por individuos que no se identifican dentro del binario de género como hombre o mujer. En cambio, se identifican como existentes en algún lugar a lo largo de un espectro o continuo de géneros, o fuera del espectro por completo, a menudo de una manera que evoluciona continuamente.

El Continuum de Género

Ver el género como un continuo nos permite percibir la rica diversidad de géneros, desde trans y cisgénero hasta género queer y agender. La mayoría de las sociedades occidentales operan sobre la idea de que el género es un **binario**, que esencialmente sólo hay dos géneros (hombres y mujeres) basados en dos sexos (masculino y femenino), y que cada uno debe encajar uno u otro. Esta dicotomía social hace cumplir los ideales de masculinidad y feminidad en todos los aspectos de género y sexo—identidad de género, expresión de género y sexo biológico.

Según los partidarios de la **teoría queer**, la identidad de género no es una identidad rígida o estática sino que puede seguir evolucionando y cambiando con el tiempo. La teoría queer se desarrolló en respuesta a las limitaciones percibidas de la forma en

que se piensa que las identidades se consolidan o estabilizan (por ejemplo, homosexuales o heterosexuales) y los teóricos construyeron la *rareza* en un intento de resistirse a esto. De esta manera, la teoría intenta mantener una crítica en lugar de definir una identidad específica. Si bien “queer” desafía una definición simple, el término suele utilizarse para transmitir una identidad que no se desarrolla rígidamente sino que es fluida y cambiante. 24

La persona Genderbread

En 2012, Sam Killerman creó Genderbread Person como una infografía para descomponer la identidad de género, la expresión de género, el sexo biológico y la orientación sexual. 25 En 2018, la actualizó a la versión 2.0 para ser más precisa e inclusiva. 26

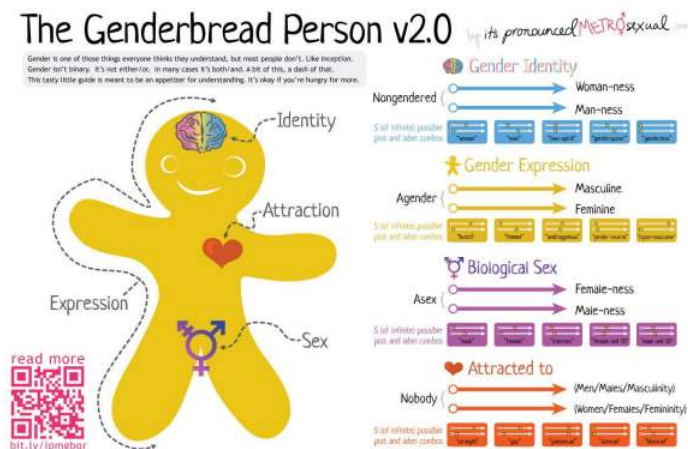


Figura15.4.2: La persona Genderbread explica la identidad de género, la expresión de género, el sexo biológico y la orientación sexual. (Imagen por se pronuncia MetroSexual)

Pronombres de Género

Los pronombres son parte del lenguaje utilizado para referirse a alguien o algo sin usar sustantivos propios. En inglés estándar, algunos pronombres singulares en tercera persona son “él” y “ella”, que suelen verse como pronombres específicos de género, refiriéndose a un hombre y una mujer, respectivamente. Un pronombre de género neutro o pronombre inclusivo de género es aquel que no da implicaciones sobre el género, y podría ser utilizado para alguien de cualquier género.

Algunos idiomas solo tienen pronombres neutros de género, mientras que otros tienen dificultades para establecer alguno que no sea específico de género. Las personas con identidades de género no binarias suelen elegir nuevos pronombres en tercera persona como parte de su transición. A menudo eligen pronombres neutrales de género para que otros no los vean como mujeres o hombres. 28

Aquí hay una tabla basada en la *Guía práctica de pronombres de la Coalición Arco Iris de Yellowknife*:

Tabla15.4.1: Guía de Pronombres (Coalición Arco Iris de Yellowknife. (n.d). Guía práctica de pronombres [archivos PDF]. Recuperado a partir de <http://www.rainbowcoalitionyk.org/resources/>)

Pronombres	Ejemplo
Él/Él/Él (pronombres masculinos)	Va a la tienda a comprarse un sombrero. Ayer le vi perder su viejo sombrero.
Ella (pronombres femeninos)	Ella va a la tienda a comprarse un sombrero. La vi perder su viejo sombrero ayer.
Ellas/Ellas/Sus (pronombres neutrales de género)	Ellos van a la tienda a comprarse un sombrero. Ayer los vi perder su viejo sombrero.

Factores que influyen en la identidad de género

Si bien la formación de la identidad de género no se entiende completamente, se han sugerido muchos factores que influyen en su desarrollo. Los factores biológicos que pueden influir en la identidad de género incluyen los niveles hormonales pre y posnatales y la composición genética. Los factores sociales incluyen ideas sobre roles de género que transmiten la familia, figuras de autoridad,

medios de comunicación y otras personas influyentes en la vida de un niño. Según la teoría del aprendizaje social, los niños desarrollan su identidad de género a través de la observación e imitación de los comportamientos ajenos vinculados al género; luego son “recompensados” por imitar los comportamientos de personas del mismo género y “castigados” por imitar los comportamientos de otro género. Por ejemplo, los niños varones a menudo serán recompensados por imitar el amor de su padre por el béisbol pero castigados o redirigidos de alguna manera si imitan el amor de su hermana mayor por las muñecas. Los niños son moldeados y moldeados por las personas que los rodean, a quienes tratan de imitar y seguir.

Roles de Género

El término “rol de género” se refiere al concepto de la sociedad de cómo se espera que actúen los hombres y las mujeres. A medida que crecemos, aprendemos a comportarnos de quienes nos rodean. En este proceso de socialización, los niños son introducidos a ciertos roles que suelen estar vinculados a su sexo biológico. El término “rol de género” se refiere al concepto de la sociedad de cómo se espera que hombres y mujeres actúen y se comporten. Los roles de género se basan en normas, o estándares, creados por la sociedad. En la cultura estadounidense, los roles masculinos se han asociado tradicionalmente con la fuerza, la agresión y el dominio, mientras que los roles femeninos tradicionalmente se han asociado con la pasividad, la crianza y la subordinación.

Socialización de Género

El proceso de socialización en el que los niños aprenden estos roles de género comienza al nacer. Hoy en día, nuestra sociedad es rápida para equipar a los bebés varones en azul y a las niñas en rosa, incluso aplicando estas etiquetas de género codificadas por colores mientras un bebé está en el útero. Es interesante señalar que estas asociaciones de color con el género no siempre han sido lo que son hoy en día. Hasta principios del siglo XX, el rosa estaba en realidad más asociado con los niños, mientras que el azul estaba más asociado con las niñas, lo que ilustra cuán socialmente construidas son realmente estas asociaciones.

La socialización de género se da a través de cuatro grandes agentes: familia, educación, grupos de pares y medios de comunicación. Cada agente refuerza los roles de género al crear y mantener expectativas normativas para el comportamiento específico de género. La exposición también ocurre a través de agentes secundarios, como la religión y el lugar de trabajo. La exposición repetida a estos agentes a lo largo del tiempo lleva a las personas a una falsa sensación de que están actuando de manera natural en función de su género en lugar de seguir un papel socialmente construido.

Estereotipos de género, sexismo y aplicación de roles de género

Las actitudes y expectativas que rodean los roles de género no suelen basarse en diferencias de género inherentes o naturales, sino en **estereotipos de género**, o nociones demasiado simplificadas sobre las actitudes, rasgos y patrones de comportamiento de hombres y mujeres. Nos involucramos en estereotipos de género cuando hacemos cosas como hacer la suposición de que una niña adolescente es mujer.

Si bien es algo aceptable que las mujeres asuman una estrecha gama de características masculinas sin repercusiones (como vestirse con ropa tradicionalmente masculina), los hombres rara vez son capaces de asumir características más femeninas (como usar faldas) sin riesgo de acoso o violencia. Esta amenaza de castigo por salirse de las normas de género es especialmente cierta para quienes no se identifican como hombres o mujeres.



Figura 15.4.3: ¿Las chicas probablemente posarían así para una imagen? ¿Qué dice esto sobre los estereotipos de género? (Imagen en Pixabay)

Los estereotipos de género forman la base del sexismo o las creencias prejuiciosas que valoran a los hombres sobre las mujeres. Las formas comunes de sexismo en la sociedad moderna incluyen las expectativas de roles de género, como esperar que las mujeres sean las cuidadoras del hogar. El sexismo también incluye las expectativas de las personas sobre cómo deben comportarse los miembros de un grupo de género. Por ejemplo, se espera que las niñas y las mujeres sean amigables, pasivas y cariñosas; cuando se comporta de manera hostil o asertiva, puede ser disgustada o percibida como agresiva porque ha violado un rol de género.

(Rudman, 1998). En contraste, un niño o un hombre que se comporta de una manera igualmente hostil o asertiva puede ser percibido como fuerte o incluso ganar respeto en algunas circunstancias. 31

Colaboradores y Atribuciones

24. [Psicología sin límites - Referencias de género y sexualidad](#) Curación y revisión por Boundless Psychology, la cual está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)

25. [La persona Genderbread](#) de Sam Killermann es de dominio público

26. [La Persona Genderbread v2.0](#) de Sam Killermann es de dominio público

28. [Pronombres](#) por [Wiki no binario](#) está licenciado bajo [CC BY-SA 4.0](#)

31. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.4: Desarrollo de la Identidad de Género](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

La adolescencia es un período crucial en el desarrollo social, la investigación muestra que hay cuatro tipos principales de relaciones que influyen en un adolescente: padres, compañeros, comunidad y sociedad.

Padres y Adolescentes: Autonomía y Apego

Si bien la mayoría de los adolescentes se llevan bien con sus padres, sí pasan menos tiempo con ellos (Smetana, 2011). Esta disminución del tiempo que pasa con las familias puede ser un reflejo del mayor deseo de independencia o **autonomía** de un adolescente. Puede ser difícil para muchos padres lidiar con este deseo de autonomía. Sin embargo, es normal que los adolescentes se distancien cada vez más y establezcan relaciones fuera de sus familias en preparación para la edad adulta.

Los niños en la infancia media y tardía reciben cada vez más libertad en cuanto a la toma de decisiones básicas. Esto continúa en la adolescencia, ya que los adolescentes exigen cada vez más control sobre las decisiones que afectan su vida cotidiana. Los adolescentes creen que deben manejar las áreas sobre las que los padres anteriormente tenían un control considerable, lo que puede aumentar la tensión entre los padres y sus adolescentes. Sus argumentos a menudo se centran en temas de lucha de poder o conflicto en áreas como tareas, deberes, toque de queda, citas, apariencia personal y derecho a la privacidad.



Figura15.5.1: Los adolescentes reportan más conflictos con sus madres. (La imagen de Wikivisual está licenciada bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#))

A medida que los adolescentes crecen, se alcanza más compromiso entre padres y adolescentes (Smetana, 2011). Los adolescentes reportan más conflictos con sus madres, ya que muchas madres creen que aún deberían tener cierto control sobre muchas de estas áreas, pero a menudo informan que sus madres son más alentadoras y solidarias (Costigan, Cauce, & Etchison, 2007). Los padres controlan más a las hijas, especialmente a las niñas de maduración temprana, que a sus hijos (Caspi, Lynam, Moffitt, & Silva, 1993). Además, la cultura y la etnia también juegan un papel en lo restrictivos que son los padres con la vida cotidiana de sus hijos (Chen, Vansteenkiste, Beyers, Soenens, & Van Petegem, 2013). 33

Tener relaciones de apoyo y menos conflictivas con los padres también beneficia a los adolescentes. La investigación sobre el apego en la adolescencia encuentra que los adolescentes que todavía están firmemente apegados a sus padres tienen menos problemas emocionales (Rawatlal, Kliewer & Pillay, 2015), tienen menos probabilidades de participar en el abuso de drogas y otras conductas delictivas (Meeus, Branje & Overbeek, 2004), y tienen pares más positivas relaciones (Shomaker & Furman, 2009). Esto significa que tanto los padres como los adolescentes necesitan lograr un equilibrio entre la autonomía, al tiempo que se mantienen relaciones familiares cercanas y solidarias. 34

La relación padre-hijo

La relación con los padres puede ser un factor atenuante de la influencia negativa de los compañeros. Comunicar las reglas familiares y el estilo parental se han asociado inversamente con el consumo de sustancias, alcohol y tabaco durante la adolescencia. Esta influencia es esencial para el desarrollo de los adolescentes hasta la edad adulta. La comunicación entre padres y adolescentes surge como un factor protector para el consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Newman, Harrison & Dashiff, 2008).

Sen (2010) observó que las comidas familiares podrían llevar a crear una relación más estrecha entre padres y adolescentes, al fortalecer una relación positiva y evitar ciertas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias entre las niñas y el consumo de alcohol, la violencia física y los robos, entre los niños. Estas diferencias entre géneros pueden deberse a una mayor importancia que las niñas atribuyen a las actividades familiares pero no revelan que los niños les son indiferentes, sólo que la relación entre géneros puede diferir. Huebner y Howell (2003) verificaron que el monitoreo parental y la comunicación con los padres protegían a adolescentes de ambos sexos de involucrarse en conductas de riesgo.



Figura15.5.2: si este padre vigila y se comunica con su hijo, puede reducir las conductas riesgosas del adolescente. (La imagen de moodboard está licenciada bajo CC BY 2.0)

El monitoreo parental puede definirse como el conocimiento de los padres sobre las actividades de sus hijos, con quién pasan el rato y qué hacen. Se ha asociado a la protección de diversas conductas de riesgo a lo largo de la adolescencia, como el consumo de sustancias o las conductas sexuales. Cuanto mayor sea el monitoreo parental, menor será la participación de los adolescentes en la conducta de riesgo. Puede variar según la edad, género o etnia y generalmente disminuye con la edad (Westling, Andrews, Hampson & Peterson, 2008). 36

Relaciones con pares y grupos de pares

Relaciones entre pares

Además, los compañeros también sirven como una importante fuente de apoyo social y compañerismo durante la adolescencia. A medida que los niños se convierten en adolescentes, suelen comenzar a pasar más tiempo con sus compañeros y menos tiempo con sus familias, y estas interacciones entre pares son cada vez más desupervisadas por adultos. El nivel de influencia que los compañeros pueden tener sobre un adolescente hace que estas relaciones sean particularmente importantes en su desarrollo personal. Los adolescentes con relaciones positivas entre pares son más felices y mejor ajustados que aquellos que están socialmente aislados o tienen relaciones conflictivas entre pares.

Las nociones de amistad de los adolescentes se centran cada vez más en los intercambios íntimos de pensamientos y sentimientos, que son importantes para formar amistades; estas amistades de alta calidad pueden mejorar el desarrollo de un niño independientemente de las características particulares de esos amigos. Además, los compañeros también sirven como una importante fuente de apoyo social y compañerismo durante la adolescencia.

El grupo de pares puede servir como modelo e influir en comportamientos y actitudes y también proporcionar fácil acceso, estímulo y un entorno social adecuado para el consumo (Glaser, Shelton & Bree, 2010). La Teoría del Aprendizaje Social sugiere que no es necesario que los adolescentes observen un comportamiento determinado y lo adopten; es suficiente percibir que el grupo de pares lo acepta, para poder optar por comportamientos similares (Petraitis, Flay & Miller, 1995). 37

Los compañeros pueden cumplir funciones tanto positivas como negativas durante la adolescencia. Las relaciones con compañeros son valiosas oportunidades para que los adolescentes practiquen sus habilidades sociales y de resolución de conflictos. Pero la presión negativa de grupo puede llevar a los adolescentes a tomar decisiones más riesgosas o a participar en comportamientos más problemáticos de lo que harían solos o en presencia de su familia. Uno de los aspectos más estudiados de la influencia de pares adolescentes se conoce como **contagio desviado de pares** (Dishion & Tipsord, 2011), que es el proceso por el cual los compañeros refuerzan el comportamiento problemático riendo o mostrando otros signos de aprobación que luego aumentan la probabilidad de problemas futuros comportamiento. 38

Los compañeros pueden determinar fuertemente la preferencia en la forma de vestir, hablar, usar sustancias ilícitas, comportamiento sexual, adoptar y aceptar la violencia, adoptar conductas delictivas y antisociales, y en muchas otras áreas de la vida del adolescente (Padilla, Walker & Bean, 2009; Tomé, Matos & Diniz, 2008). Un ejemplo de ello es que los principales motivos para el consumo de alcohol que dan los adolescentes están relacionados con eventos sociales, que suelen tener lugar en compañía de amigos, a saber: beber hace que las vacaciones sean más divertidas, facilita acercarse a los demás, ayuda a relajarse o facilita compartir experiencias y sentimientos (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2005). Además, imitar comportamientos de riesgo puede ser mayor cuando el consumo comienza en el contexto de un evento social (Larsen, Engels, Souren, Granic & Overbeek, 2010).



Figura15.5.3: Muchachos adolescentes bebiendo en una fiesta. (La imagen de theopie está licenciada bajo CC BY 2.0)

Por otro lado, tener amigos permite compartir experiencias y sentimientos y aprender a resolver conflictos. No tener amigos, en cambio, lleva al aislamiento social y a los contactos sociales limitados, ya que hay menos oportunidades para desarrollar nuevas relaciones y habilidades de interacción social.

La amistad también se asocia positivamente al bienestar psicológico (Ueno, 2004). Las amistades más fuertes pueden proporcionar a los adolescentes un ambiente adecuado para el desarrollo de manera saludable y para lograr buenos resultados académicos. Los adolescentes con amistades recíprocas mencionan altos niveles de sentimientos de pertenencia en la escuela; al mismo tiempo, la reciprocidad y los sentimientos de pertenencia tienen efectos positivos en los resultados académicos (Vaquera & Kao, 2008).

La escuela es un escenario donde se promueven las relaciones interpersonales, que son importantes para el desarrollo personal y social de los jóvenes (Ruini et al., 2009); es responsable de la transmisión de normas y estándares conductuales y representa un papel esencial en el proceso de socialización del adolescente. La escuela es capaz de reunir diferentes comunidades de pares y promover la autoestima y un desarrollo armónico entre adolescentes, lo que la convierte en un espacio privilegiado para reuniones e interacciones (Baptista, Tomé, Matos, Gaspar & Cruz, 2008). Los adolescentes pasan gran parte de su tiempo en la escuela, lo que también la convierte en un contexto privilegiado para involucrarse o protegerse de conductas de riesgo (Piko & Kovács, 2010). Camacho, Tomé, Matos, Gamito y Diniz (2010) confirmaron que los adolescentes a los que les gusta la escuela eran los que más a menudo formaban parte de un grupo de pares sin involucrarse en conductas de riesgo; mientras que los que mencionaron no tenían amigos informaron que les gustaba menos la escuela y los que estaban en conflicto con sus compañeros tuvieron resultados de salud más negativos.



15.5.4: Estos adolescentes están juntos en un concierto. (La imagen de Eva Rinaldi está licenciada bajo CC BY-SA 2.0)

A pesar de la influencia positiva del grupo de pares durante la adolescencia, cuanto mayor sea la autonomía del adolescente con respecto al grupo de pares, mayor será su resiliencia frente a su influencia. Esta resiliencia parece aumentar con la edad, lo que puede significar que se asocia con la madurez de los jóvenes; y las niñas emergen en varios estudios como más resilientes que los niños (Sumter, Bokhorst, Steinberg & Westenberg, 2009).

Otro factor que se puede encontrar en la influencia del grupo de pares es el tipo de amistad, que los adolescentes mantienen con su grupo de pares: si los amigos son cercanos tienen una mayor influencia en los comportamientos del otro (Glaser, Shelton & Bree, 2010). Cuando la amistad es percibida como recíproca y de calidad, ejerce mayor influencia (Mercken, Snijders, Steglich, Vartiainen & Vries, 2010). Otro factor, que ha sido identificado como una posible forma de disminuir la influencia de los pares, es el rechazo asertivo. Los adolescentes que son capaces de mantener un rechazo asertivo son menos susceptibles a la influencia del grupo (Glaser, Shelton & Bree, 2010). Estas son solo algunas variables identificadas como posibles factores que disminuyen la influencia de pares. 41

Pares en Grupos

Durante la adolescencia, es común tener amigos del sexo opuesto mucho más que en la infancia, los grupos de pares evolucionan de principalmente un solo sexo a un sexo mixto. Los adolescentes dentro de un grupo de pares tienden a ser similares entre sí en comportamiento y actitudes, lo que se ha explicado como una función de la **homofilia**, es decir, los adolescentes que son similares entre sí optan por pasar tiempo juntos de una manera de “aves de plumas acuden juntas”. Los adolescentes que pasan tiempo juntos también dan forma al comportamiento del otro.

Las multitudes son un nivel emergente de relaciones entre pares en la adolescencia. A diferencia de las amistades, que son relaciones diádicas recíprocas, y camarillas, que hacen referencia a grupos de individuos que interactúan con frecuencia, las multitudes se caracterizan por reputaciones o imágenes compartidas (quienes la gente piensa que son). Las multitudes se refieren a diferentes colecciones de personas, como los “niños del teatro” o los “ecologistas”. En cierto modo, son como marcas de ropa que etiquetan a las personas asociadas a esa multitud. 42



Figura15.5.5: Clique (Imagen de [leonardo samrani](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))



Figura15.5.6: Multitud (Imagen de [Garry Knight](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

Colaboradores y Atribuciones

33. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
34. [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
36. [Cómo puede influir el grupo de pares en el comportamiento de los adolescentes: modelo explicativo](#) de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz e Inês Camacho está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
37. [Cómo puede influir el grupo de pares en el comportamiento de los adolescentes: modelo explicativo](#) de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz e Inês Camacho está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
38. [Psicología sin límites - Adolescencia](#) hace referencia a Curación y revisión por Boundless Psychology, la cual está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
41. [Cómo puede influir el grupo de pares en el comportamiento de los adolescentes: modelo explicativo](#) de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz e Inês Camacho está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)
42. [Desarrollo de Vida útil — Módulo 7: Adolescencia](#) por Lumen Learning está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.6: Comunidad, sociedad y cultura

Existen ciertas características del desarrollo adolescente que están más arraigadas en la cultura que en la biología humana o en las estructuras cognitivas. La cultura es aprendida y socialmente compartida, y afecta todos los aspectos de la vida de un individuo. Es probable que las responsabilidades sociales, la expresión sexual y el desarrollo del sistema de creencias, por ejemplo, varíen según la cultura. Además, muchas características distintivas de un individuo (como vestimenta, empleo, recreación y lenguaje) son todos productos de la cultura.



Figura15.6.1: La cultura es aprendida y socialmente compartida. (Imagen del sargento Matthew Coleman-Foster es de dominio público)

Muchos factores que dan forma al desarrollo adolescente varían según la cultura. Por ejemplo, el grado en que los adolescentes son percibidos como seres autónomos, o independientes, varía ampliamente en diferentes culturas, al igual que los comportamientos que representan esta autonomía emergente. El estilo de vida de un adolescente en una cultura determinada también está profundamente moldeado por los roles y responsabilidades que se espera que asuma. El grado en que se espera que un adolescente comparta responsabilidades familiares, por ejemplo, es un factor determinante importante en el comportamiento normativo de los adolescentes. Se espera que los adolescentes en ciertas culturas contribuyan significativamente a las tareas y responsabilidades del hogar, mientras que a otros se les da más libertad o provienen de familias con más privilegios donde las responsabilidades son menores. Las diferencias entre familias en la distribución de las responsabilidades financieras o la provisión de subsidios pueden reflejar diversos antecedentes socioeconómicos, los cuales se ven influenciados aún más por las normas y valores culturales.

Los adolescentes comienzan a desarrollar sistemas de creencias únicos a través de su interacción con entornos sociales, familiares y culturales. Estos sistemas de creencias abarcan desde la religión y la espiritualidad hasta el género, la sexualidad, la ética laboral y la política. El rango de actitudes que una cultura abraza sobre un tema en particular afecta las creencias, estilos de vida y percepciones de sus adolescentes, y puede tener impactos tanto positivos como negativos en su desarrollo.

Desarrollo de Identidad Étnica

El desarrollo adolescente no necesariamente sigue el mismo camino para todos los individuos. Ciertas características de la adolescencia, particularmente con respecto a los cambios biológicos asociados a la pubertad y los cambios cognitivos asociados con el desarrollo cerebral, son relativamente universales. Pero otras características de la adolescencia dependen en gran medida de circunstancias que son más variables ambientalmente. Por ejemplo, los adolescentes que crecen en un país pueden tener diferentes oportunidades de asumir riesgos que los adolescentes de un país diferente, y los apoyos y sanciones por diferentes comportamientos en la adolescencia dependen de leyes y valores que podrían ser específicos del lugar donde viven los adolescentes.



Figura15.6.2: Estos valores de las familias y comunidades de estas adolescentes influirán en su desarrollo. (La imagen está licenciada bajo CC0)

Diferentes normas culturales en relación con las relaciones familiares y entre pares dan forma a las experiencias de los adolescentes en estos dominios. Por ejemplo, en algunos países se espera que los padres de los adolescentes mantengan el control de decisiones importantes, mientras que en otros países, se espera que los adolescentes comiencen a compartir o a tomar el control de la toma de decisiones. Incluso dentro del mismo país, el género, la etnia, el estatus inmigrante, la religión, la orientación sexual, el nivel

socioeconómico y la personalidad de los adolescentes pueden dar forma tanto a cómo se comportan los adolescentes como a la forma en que los demás responden a ellos, creando diversos contextos de desarrollo para diferentes adolescentes.

La **identidad étnica** se refiere a cómo las personas llegan a un acuerdo con quiénes son en función de su ascendencia étnica o racial. “La tarea de la formación de la identidad étnica consiste en ordenar y resolver los sentimientos y actitudes positivos y negativos sobre el propio grupo étnico y sobre otros grupos e identificar el lugar de uno en relación con ambos” (Pkinney, 2006, p. 119). Cuando los grupos difieren en estatus en una cultura, los del grupo no dominante tienen que ser conscientes de las costumbres y valores de los de la cultura dominante. Lo contrario rara vez es el caso. Esto hace que la identidad étnica sea mucho menos importante para los miembros de la cultura dominante.

En Estados Unidos, los de ascendencia europea se dedican a menos exploración de la identidad étnica, que los de ascendencia no europea (Pkinney, 1989). Sin embargo, según el Censo de Estados Unidos (2012) más del 40% de los estadounidenses menores de 18 años son de minorías étnicas. Para muchos adolescentes de minorías étnicas, descubrir la propia identidad étnica es una parte importante de la formación de la identidad. El modelo de formación de identidad étnica de Pkinney se basa en el modelo de formación de identidad de Erikson y Marcia (Pkinney, 1990; Syed & Juang, 2014). A través del proceso de exploración y compromiso, los individuos llegan a comprender y crear una identidad étnica.

Las tres etapas o estados de identidad étnica de Pkinney

El modelo de formación de identidad étnica de Pkinney se basa en el modelo de formación de identidad de Erikson y Marcia (Pkinney, 1990; Syed & Juang, 2014). A través del proceso de exploración y compromiso, los individuos llegan a comprender y crear una identidad étnica. Pkinney sugiere tres etapas o estados con respecto a la identidad étnica:

Tabla 15.6.1: Las tres etapas de la identidad étnica de Pkinney

Etapa	Descripciones
Etapa 1: Identidad étnica no examinada	Los adolescentes y adultos que no han estado expuestos a cuestiones de identidad étnica pueden encontrarse en la primera etapa, identidad étnica no examinada. Esto a menudo se caracteriza por una preferencia por la cultura dominante, o donde el individuo ha pensado poco en la cuestión de su herencia étnica. Esto es similar a la difusión en el modelo de identidad de Marcia. En este grupo se incluyen también aquellos que han adoptado la etnia de sus padres y otros miembros de la familia con poco pensamiento sobre los propios temas, similar al estado de ejecución hipotecaria de Marcia (Phonney, 1990).
Etapa 2: Búsqueda de identidad étnica	Los adolescentes y adultos que están explorando las costumbres, la cultura y la historia de su grupo étnico se encuentran en la etapa de búsqueda de identidad étnica, similar al estatus de moratoria de Marcia (Phonney, 1990). A menudo algún evento “despierta” a un adolescente o adulto a su etnia; ya sea una experiencia personal con prejuicios, un caso muy perfilado en los medios de comunicación, o incluso un evento más positivo que reconozca la contribución de alguien de la etnia del individuo. Adolescentes y adultos en esta etapa se sumergirán en su cultura étnica. Para algunos, “puede llevar a un rechazo de los valores de la cultura dominante” (Pkinney, 1990, p. 503).
Etapa 3: Identidad étnica lograda	Aquellos que han explorado activamente su cultura probablemente tengan una apreciación y comprensión más profundas de su herencia étnica, lo que conduzca a un progreso hacia una identidad étnica lograda (Pkinney, 1990). Una identidad étnica lograda no implica necesariamente que el individuo esté muy involucrado en las costumbres y valores de su cultura étnica. Uno puede confiar en su identidad étnica sin querer mantener el idioma u otras costumbres.

El desarrollo de la identidad étnica lleva tiempo, ya que alrededor del 25% de los alumnos de décimo grado pertenecientes a minorías étnicas han explorado y resuelto los problemas (Pkinney, 1989). Cuanto más étnicamente **homogéneo** es el bachillerato, menos exploración y logro identitario (Umana-Taylor, 2003). Además, incluso en escuelas secundarias de mayor diversidad étnica, los adolescentes tienden a pasar más tiempo con su propio grupo, reduciendo la exposición a otras etnias. Esto puede explicar por qué, para muchos, la universidad se convierte en el momento de la exploración de la identidad étnica. “[La] transición a la universidad puede servir como una experiencia de sensibilización que desencadena la exploración” (Syed y Azmitia, 2009, p. 618).

También es importante señalar que quienes sí logran la identidad étnica pueden reexaminar periódicamente los temas de etnicidad. Este ciclo entre exploración y logro es común no sólo para la formación de la identidad étnica, sino en otros aspectos del desarrollo identitario (Grotevant, 1987) y es referido (de la Teoría de Marcia: Etapas de la Identidad) como **ciclismo MAMA** o moverse de un lado a otro entre moratoria y logro. 48

Identidad bicultural/multirracial

Las minorías étnicas deben luchar con la cuestión de cómo, y en qué medida, se identificarán con la cultura de su entorno, así con la sociedad y con la cultura de su familia. Pkinney (2006) sugiere que las personas pueden manejarlo de diferentes maneras. Algunos pueden mantener las identidades separadas, otros pueden combinarlas de alguna manera, mientras que otros pueden rechazar algunas de ellas.

La **identidad bicultural** significa que los individuos se ven a sí mismos como parte tanto del grupo étnico minoritario como de la sociedad en general. Quienes son **multirraciales**, es decir cuyos padres provienen de dos o más grupos étnicos o raciales, tienen una tarea más desafiante. En algunos casos su apariencia puede ser ambigua. Esto puede llevar a que otros constantemente les pidan que se categoricen a sí mismos.

Pkinney (2006) señala que el proceso de formación de la identidad puede comenzar antes y tomar más tiempo para lograrlo en aquellos que no son **monoraciales** o una sola etnia. 49



Figura15.6.3: Una familia bicultural. (La imagen (tomada del video) por ISSH está licenciada bajo [CC BY 3.0](#))

Colaboradores y Atribuciones

47. **Desarrollo adolescente** por Jennifer Lansford está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

48. **Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica** por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

49. **Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica** por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.6: Comunidad, sociedad y cultura](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.7: Medios- Influencias en los adolescentes

Los medios son otro agente de socialización que influye en nuestras opiniones políticas; nuestros gustos en la cultura popular; nuestras opiniones sobre las mujeres, las personas de color y la comunidad LGBTQ+; y muchas otras creencias y prácticas. En una controversia en curso, a menudo se culpa a los medios de comunicación por la violencia juvenil y muchos otros males de la sociedad. El niño promedio ve miles de actos de violencia en la televisión y en las películas antes de llegar a la edad adulta joven. Las letras de rap suelen ensalzar aparentemente la violencia fea, incluida la violencia contra las mujeres. Los comerciales pueden influir en gran medida en nuestra elección de refrescos, zapatos e innumerables otros productos. Los medios de comunicación también pueden reforzar los estereotipos raciales y de género, incluyendo la creencia de que las mujeres son objetos sexuales y blancos adecuados de la violencia masculina. En la Encuesta Social General (GSS), alrededor del 28% de los encuestados dijo que ve cuatro o más horas de televisión todos los días, mientras que otro 46% ve 2-3 horas diarias (ver “Promedio de Horas de Televisión Miradas Diariamente”). Los medios ciertamente son una fuente importante de socialización que era inimaginable hace medio siglo.

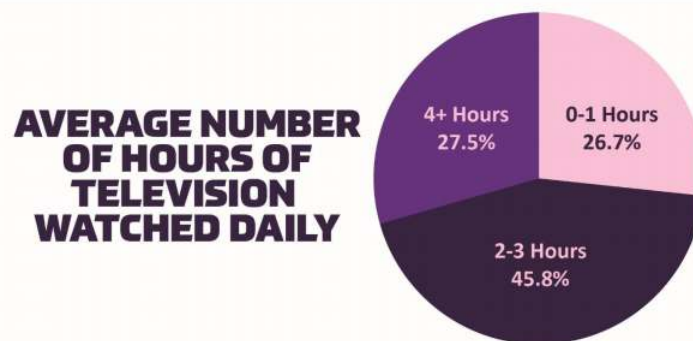


Figura15.7.1: Tiempo diario de visualización de televisión. (Datos de la Encuesta General Social, 2008. Imagen de Ian Joslin está licenciada bajo [CC BY 4.0](#))

A medida que los medios socializan a niños, adolescentes e incluso adultos, una cuestión clave es hasta qué punto la violencia mediática causa violencia en nuestra sociedad. Los estudios revelan consistentemente una fuerte correlación entre ver programas violentos de televisión y películas y cometer violencia. Sin embargo, esto no significa necesariamente que ver la violencia realmente cause comportamientos violentos: tal vez la gente vea la violencia porque ya está interesada en ella y tal vez incluso la comete. Los académicos continúan debatiendo el efecto de la violencia mediática en la violencia juvenil. En una sociedad libre, esta cuestión es especialmente importante, ya que la creencia en este efecto ha propiciado llamados a vigilar a los medios de comunicación y a la prohibición de ciertos actos de violencia. Los libertarios civiles argumentan que tales llamadas huelen a censura que viola la Primera Enmienda a la Constitución, mientras que otros argumentan que caen dentro de la Primera Enmienda y harían para una sociedad más segura. Ciertamente, la preocupación y el debate sobre la violencia en los medios masivos de comunicación continuarán en los próximos años. 52

Colaboradores y Atribuciones

52. Sociología: Breve Edición — Agentes de Socialización por Steven E. Barkan está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.7: Medios- Influencias en los adolescentes](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

Citas y relaciones románticas

La adolescencia es el período de desarrollo durante el cual las relaciones románticas suelen surgir por primera vez. Al final de la adolescencia, la mayoría de los adolescentes estadounidenses han salido con otros y han tenido al menos una relación romántica (Dolgin, 2011). Sin embargo, la cultura juega un papel ya que los asiático-americanos y las latinas tienen menos probabilidades de tener citas que otros grupos étnicos (Connolly, Craig, Goldberg y Pepler, 2004). Las citas sirven para muchos propósitos para los adolescentes, incluyendo divertirse, compañerismo, estatus, socialización, intimidad, experimentación sexual y selección de pareja para aquellos en la adolescencia tardía (Dolgin, 2011). Hay varias etapas en el proceso de datación, comenzando por participar en actividades grupales de sexo mixto en la adolescencia temprana (Dolgin, 2011).

Tabla15.8.1: Relaciones románticas en la adolescencia

Edad	Relación
Adolescencia temprana	Las relaciones románticas a menudo se forman en el contexto de estos grupos de pares de sexo mixto (Connolly, Furman y Konarski, 2000). Interactuar en grupos de sexo mixto es más fácil para los adolescentes, ya que se encuentran entre un grupo de amigos solidarios, pueden observar a otros interactuando y se mantienen a salvo de tener intimidad demasiado pronto.
Adolescencia Media	A la mitad de la adolescencia, los adolescentes participan en citas breves, casuales o en citas grupales con otras parejas (Dolgin, 2011).
Adolescencia tardía	Al final de la adolescencia, las citas implican relaciones exclusivas e intensas que son de corta duración o son asociaciones comprometidas a largo plazo, de cualquier manera no se debe minimizar su importancia. Los adolescentes pasan mucho tiempo enfocados en las relaciones románticas o la falta de ellas. Sus emociones positivas y negativas están ligadas a este intenso interés más que a las amistades, las relaciones familiares o la escuela (Furman & Shaffer, 2003).

Además, las relaciones románticas están centralmente conectadas con la sexualidad emergente de los adolescentes. Padres de familia, formuladores de políticas e investigadores han dedicado mucha atención a la sexualidad de los adolescentes, en gran parte debido a preocupaciones relacionadas con las relaciones sexuales, la anticoncepción y la prevención de embarazos adolescentes. Sin embargo, la sexualidad implica más que este enfoque estrecho, por ejemplo, la adolescencia suele ser cuando las personas lesbianas, gays, bisexuales o transgénero llegan a comprender y definir cuál es su identidad sexual (Russell, Clarke, & Clary, 2009). Así, las relaciones románticas son un dominio en el que los adolescentes experimentan con nuevos comportamientos e identidades. 53



Figura15.8.1: Las relaciones románticas surgen en la adolescencia. (Imagen de [Djim Loic](#) en [Unsplash](#))

Violencia por parte de alguien que conoces

Se puede cometer violencia contra alguien que la víctima conoce bien, referido como íntimo, de muchas maneras: un íntimo puede golpear con los puños, abofetear con la mano abierta, lanzar un objeto, empujar o empujar, o usar o amenazar con usar un arma. Si bien nunca podemos estar seguros del número exacto de íntimos que son atacados, el Departamento de Justicia de Estados Unidos estima a partir de su Encuesta Nacional de Victimización por Delitos que casi 600,000 actos de violencia (datos de 2008) son cometidos anualmente por un íntimo contra otro íntimo. 55

De acuerdo con una hoja informativa de la Coalición Nacional contra la Violencia Doméstica que recopiló los resultados de varios estudios:

- En 2013, 35% de los estudiantes de décimo grado reportaron haber sido abusados física o verbalmente y 31% informó haber perpetrado dicho abuso
- En 2014, 10% de los estudiantes adolescentes en relaciones de pareja informaron haber sido coaccionados para tener relaciones sexuales en el año anterior
- En 2015, 20.9% de las mujeres y 13.4% de los estudiantes de secundaria de sexo masculino informaron haber sido agredidos física o sexualmente por una pareja de novios
- Pero solo el 33% de las víctimas de abuso de citas adolescentes reportaron habérselo contado alguna vez a alguien (según un estudio del 2005) 56

Un reporte de 2010 de los CDC muestra las imágenes más grandes de violencia de pareja íntima

- 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 4 mujeres han sido víctimas de alguna forma de violencia física por parte de una pareja íntima en su vida
- 1 de cada 7 mujeres y 1 de cada 18 hombres han sido acosados por una pareja íntima hasta el punto de que temían por su seguridad 57



Figura15.8.2: Casi una cuarta parte de las mujeres estadounidenses han sido agredidas físicamente por un cónyuge o pareja de hecho. (Imagen de Kat J en Unsplash)

Este tema es importante porque “la violencia doméstica prevalece en todas las comunidades, y afecta a todas las personas independientemente de su edad, condición socioeconómica, orientación sexual, género, raza, religión o nacionalidad. La violencia física suele ir acompañada de un comportamiento emocionalmente abusivo y controlador como parte de un patrón mucho más amplio y sistemático de dominio y control. La violencia doméstica puede resultar en lesiones físicas, traumas psicológicos e incluso la muerte. Las devastadoras consecuencias de la violencia intrafamiliar pueden atravesar generaciones y durar toda la vida” 59.

Orientación Sexual

La **orientación sexual** de una persona es su atracción emocional y sexual hacia un sexo o género en particular. Un patrón continuo de atracción romántica o sexual (o una combinación de estos) hacia personas de un sexo o género determinado. Según la Asociación Americana de Psicología (APA) (2016), la orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de una persona basado en esas atracciones, comportamientos relacionados y membresía en una comunidad de otras personas que comparten esas atracciones. Alguna orientación específica se define de muchas maneras, incluyendo la **heterosexualidad** (atracción hacia el sexo/género opuesto), la **atracción del mismo sexo** (anteriormente referida como **homosexualidad**, que es un término anticuado que muchas personas encuentran ofensivo porque anteriormente era clasificada como una enfermedad mental), **bisexualidad**, **polisexualidad** o **pansexualidad** (atracción hacia dos, múltiples o todos los sexos/géneros respectivamente) y **asexualidad** (sin atracción sexual hacia ningún sexo/género).

Orientación sexual en un continuo

El investigador de sexualidad Alfred Kinsey fue uno de los primeros en conceptualizar la sexualidad como un continuo más que una estricta dicotomía de homosexuales o heterosexuales. Para clasificar este continuum de heterosexualidad y homosexualidad,

Kinsey et al. (1948) crearon una escala de calificación de siete puntos que variaba de exclusivamente heterosexual a exclusivamente homosexual. Investigaciones realizadas a lo largo de varias décadas han apoyado esta idea de que la orientación sexual va a lo largo de un continuo, desde la atracción exclusiva al sexo/género opuesto hasta la atracción exclusiva hacia el mismo sexo/género (Carroll, 2016).

Una mirada más contemporánea a la orientación sexual como infinitas variaciones de atracción. Un examen más detallado de La persona Genderbread v2.0 introducido anteriormente en el capítulo ilustra esto:

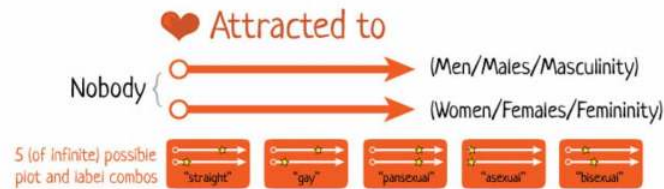


Figura15.8.3: Un espectro de orientación sexual. (Imagen por se pronuncia MetroSexual)

Desarrollo de la Orientación Sexual

De acuerdo con la comprensión científica actual, los individuos suelen ser conscientes de su orientación sexual entre la infancia media y la adolescencia temprana. No obstante, no siempre es así, y algunos no se dan cuenta de su orientación sexual hasta mucho más tarde en la vida. No es necesario participar en la actividad sexual para estar al tanto de estas atracciones emocionales, románticas y físicas; las personas pueden ser célibes y aún así reconocer su orientación sexual. Algunos investigadores argumentan que la orientación sexual no es estática y innata, sino que es fluida y cambiante a lo largo de la vida.



Figura15.8.4: Esta pareja de adolescentes se encuentra en un evento de orgullo LGBTQIA. (Imagen de Beatrice Murch está licenciada bajo CC BY 2.0)

No hay consenso científico sobre las razones exactas por las que un individuo tiene una orientación sexual particular. La investigación ha examinado posibles influencias biológicas, de desarrollo, sociales y culturales en la orientación sexual, pero no ha habido evidencia que vincule la orientación sexual con un factor (APA, 2016). Las explicaciones biológicas, que incluyen genética, hormonas y orden de nacimiento, serán exploradas más a fondo. La exposición excesiva o deficiente a las hormonas durante el desarrollo prenatal también se ha teorizado como una explicación de la orientación sexual. Un tercio de las mujeres expuestas a cantidades anormales de andrógenos prenatales, una afección llamada hiperplasia suprarrenal congénita (CAH), se identifican como bisexuales o lesbianas (Cohen-Bendahan, van de Beek, & Berenbaum, 2005). Por el contrario, muy poca exposición a andrógenos prenatales puede afectar la orientación sexual masculina (Carlson, 2011).

Discriminación por orientación sexual: Estados Unidos es **heteronormativo**, es decir, que la sociedad apoya la heterosexualidad como norma. Considera, por ejemplo, que a menudo se pregunta a los homosexuales: “¿Cuándo sabías que eras gay?” pero rara vez se les pregunta a los heterosexuales: “¿Cuándo sabías que eras heterosexual?” (Ryle, 2011). Vivir en una cultura que privilegia la heterosexualidad tiene un impacto significativo en las formas en que las personas no heterosexuales son capaces de desarrollar y expresar su sexualidad.

Comprender las siglas: LGBT, LGBTQ, LGBTQ+

Las letras LGBT se refieren a un grupo de individuos que se identifican como Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero. Esta comunidad incluye un grupo diverso de personas de todos los orígenes, razas, etnias, edades y estados socioeconómicos.

A Little History LGB se utilizó para reemplazar el término, “Gay”, a mediados de la década de 1980, pero el acrónimo LGBT se hizo común en la década de 1990. Sin embargo, recientemente el término ha evolucionado con el acrónimo preferido a LGBTQ. La “Q” agregada significa Cuestionamiento o Queer. La adición de “Q” como término de cuestionamiento incluye a las personas que están en proceso de explorar su género u orientación sexual.

Adicionalmente, el término “Queer” puede ser usado como término general, ya que la comunidad ha aceptado esta palabra para representar cualquier cosa fuera de la narrativa dominante. Queer no es específico de orientación sexual o identidad de género y puede ser utilizado para referirse a la comunidad en su conjunto. Si bien Queer se utilizó como término despectivo durante décadas, fue reclamado por la comunidad LGBTQ en la década de 1990 con el surgimiento de una organización llamada Queer Nation. Como grupo activista fuera de Nueva York, Queer Nation se opuso a la discriminación de la comunidad LGBTQ y rechazó los ideales heteronormativos de la sociedad.

¿Qué significa el signo más? Recientemente LGBTQ también se utiliza como **LGBTQ+**. El signo más, “+” da cuenta de muchas identificaciones adicionales en la comunidad, incluyendo transexuales, biespirituales, intersexuales, asexuales, pansexuales y queer de género. Género Queer es un término general que se puede usar para todas las identidades de género no exclusivas de masculinas o femeninas, incluyendo género fluido, agender, bigénero, género pan, género libre, género sin género, variante de género y género no conforme. El plus también incluye aliados o personas en apoyo a la comunidad LGBTQ.

Si bien LGBTQ+ o Queer son actualmente los términos más comunes, adicionalmente se puede usar el término, Rainbow Community. Lo importante es que la comunidad **seguirá evolucionando, y la terminología evolucionará con ella.** 62

La identificación abierta de la orientación sexual de uno puede verse obstaculizada por la **homofobia**, que abarca una gama de actitudes y sentimientos negativos hacia la homosexualidad o personas que son identificadas o percibidas como lesbianas, gays, bisexuales o transgénero (LGBT). Se puede expresar como antipatía, desprecio, prejuicio, aversión u odio; puede basarse en el miedo irracional y a veces se relaciona con creencias religiosas (Carroll, 2016). La homofobia es observable en conductas críticas y hostiles, como la discriminación y la violencia sobre la base de orientaciones sexuales no heterosexuales. Los tipos reconocidos de homofobia incluyen la **homofobia institucionalizada**, como la homofobia religiosa y patrocinada por el Estado, y la **homofobia internalizada** en la que las personas con atracciones del mismo sexo internalizan, o creen, las opiniones negativas de la sociedad y/o el odio hacia sí mismas.

Las personas gays, lesbianas y bisexuales suelen experimentar estigma, acoso, discriminación y violencia por su orientación sexual (Carroll, 2016). Las investigaciones han demostrado que los adolescentes gays, lesbianas y bisexuales tienen un mayor riesgo de depresión y suicidio debido a la exclusión de los grupos sociales, el rechazo de sus compañeros y familiares, y las representaciones negativas de homosexuales en los medios de comunicación (Bauermeister et al., 2010). La discriminación puede ocurrir en el lugar de trabajo, en la vivienda, en las escuelas y en numerosos entornos públicos. Gran parte de esta discriminación se basa en estereotipos y desinformación. Las principales políticas para prevenir la discriminación basada en la orientación sexual sólo han entrado en vigor en Estados Unidos en los últimos años 63.



Figura15.8.5: Este es un ejemplo de discriminación que se retrata en una obra de secundaria. Estos estudiantes de Mercer Island High School están interpretando a manifestantes de la Iglesia Bautista de Westboro en la obra The Laramie Project que cuenta la historia del asesinato de un estudiante universitario gay, Matthew Shephard. (La imagen de Jeff Hitchcock está licenciada bajo CC BY 2.0)

Sexualidad adolescente

La sexualidad humana se refiere al interés sexual de las personas y la atracción hacia los demás, así como a su capacidad de tener experiencias y respuestas eróticas. La sexualidad se puede experimentar y expresar de diversas maneras, incluyendo pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Estos pueden manifestarse en aspectos biológicos, físicos, emocionales, sociales o espirituales. Los aspectos biológicos y físicos de la sexualidad conciernen en gran medida a las funciones reproductivas humanas, incluyendo el ciclo de respuesta sexual humana y el impulso biológico básico que existe en todas las especies. Los aspectos emocionales de la sexualidad incluyen vínculos entre individuos que se expresan a través de sentimientos profundos o manifestaciones físicas de amor, confianza y cuidado. Los aspectos sociales abordan los efectos de la sociedad humana en la sexualidad, mientras que la espiritualidad se refiere a la conexión espiritual de un individuo con los

demás a través de la sexualidad. La sexualidad también impacta, y es impactada por aspectos culturales, políticos, legales, filosóficos, morales, éticos y religiosos de la vida.

El ciclo de respuesta sexual humana: La motivación sexual, a menudo conocida como **libido**, es el impulso sexual general de una persona o deseo de actividad sexual. Esta motivación está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. En la mayoría de las especies de mamíferos, las hormonas sexuales controlan la capacidad de participar en comportamientos sexuales. Sin embargo, las hormonas sexuales no regulan directamente la capacidad de *tener relaciones sexuales* o de **copular** en primates (incluidos los humanos); más bien, son solo una influencia en la motivación para participar en conductas sexuales. Los factores sociales, como el trabajo y la familia también tienen un impacto, al igual que los factores psicológicos internos como la personalidad y el estrés. El deseo sexual también puede verse afectado por hormonas, afecciones médicas, medicamentos, estrés en el estilo de vida, embarazo y problemas de relación.

El **ciclo de respuesta sexual humana** es un modelo que describe las respuestas fisiológicas que tienen lugar durante la actividad sexual. Según Kinsey, Pomeroy y Martin (1948), el ciclo consta de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Tabla 15.8.2: Ciclo de Respuesta Sexual Humana

Fase	Descripción
Fase de Emoción	la fase en la que surge la motivación intrínseca (interna) para perseguir el sexo
Fase Meseta	el período de excitación sexual con aumento de la frecuencia cardíaca y la circulación que prepara el escenario para el orgasmo
Fase de orgasmo	el clímax
Fase de Resolución	el estado de no-excitación antes de que el ciclo comience de nuevo

Puntos de vista sociales sobre la sexualidad: los puntos de vista de la sociedad sobre la sexualidad están influenciados por todo, desde la religión hasta la filosofía, y han cambiado a lo largo de la historia y evolucionan. Históricamente, la religión ha sido la mayor influencia en el comportamiento sexual en Estados Unidos; sin embargo, en años más recientes, los compañeros y los medios han surgido como dos de las influencias más fuertes, particularmente entre los adolescentes estadounidenses (Potard, Courtois, & Rusch, 2008).

Influencias mediáticas en la sexualidad: Los medios en forma de televisión, revistas, películas, música, online, etc., continúan dando forma a lo que se considera sexualidad apropiada o normal, apuntando a todo, desde la imagen corporal hasta productos destinados a potenciar el atractivo sexual. Los medios sirven para perpetuar una serie de guiones sociales sobre las relaciones sexuales y los roles sexuales de hombres y mujeres, muchos de los cuales han demostrado tener efectos tanto empoderadores como problemáticos en el desarrollo de identidades y actitudes sexuales de las personas (especialmente las mujeres).

Diferencias culturales con la sexualidad: En Occidente, el sexo prematrimonial es normativo a finales de la adolescencia, más de una década antes de que la mayoría de las personas contraigan matrimonio. En Estados Unidos y Canadá, y en el norte y este de Europa, la convivencia también es normativa; la mayoría de las personas tienen al menos una pareja de convivencia antes del matrimonio. En el sur de Europa, la convivencia sigue siendo tabú, pero el sexo prematrimonial se tolera en la edad adulta emergente. En contraste, tanto el sexo prematrimonial como la convivencia siguen siendo raros y prohibidos en toda Asia. Incluso las citas se desaconsejan hasta finales de los años veinte, cuando sería el preludio de una relación seria que condujera al matrimonio. En las comparaciones transculturales, alrededor de tres cuartas partes de los adultos emergentes en Estados Unidos y Europa informan haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales a los 20 años, frente a menos de una quinta parte en Japón y Corea del Sur (Hatfield y Rapson, 2006). 65

Colaboradores y Atribuciones

53. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#); *Desarrollo de la vida útil — Módulo 7: Adolescencia* por Lumen Learning está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

55. *Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica* por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

Desarrollo de Vida útil — Módulo 7: Adolescencia por Lumen Learning está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

56. Abuso en el noviazgo y violencia adolescente (n.d.). Recuperado a partir de https://www.speakcdn.com/assets/2497/dating_abuse_and_teen_violence_ncadv.pdf
57. ¿Quién está haciendo qué a quién? Determinar el agresor central en las relaciones donde existe la violencia doméstica. (n.d.). Recuperado a partir de https://www.speakcdn.com/assets/2497/who_is_doing_what_to_whom.pdf
59. Red Nacional de Estrés Traumático Infantil. (n.d.). *Mes Nacional de Concientización sobre la Violencia* Recuperado a partir de <https://www.nctsn.org/resources/public-awareness/national-domestic-violence-awareness-month>
62. Entendiendo las siglas: LGBT, LGBTQ, LGBTQ+. (2019). Recuperado de <https://www.horizon-health.org/blog/2019/01/understanding-the-acronym-lgbtq/>.
63. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)
- Psicología sin límites - Referencias de género y sexualidad Curación y revisión por Boundless Psychology, la cual está licenciada bajo [CC BY-SA 4.0](#)
65. Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

Matones, víctimas y transeúntes

El **acoso escolar** se define como un comportamiento no deseado y agresivo entre niños en edad escolar que implica un desequilibrio de poder real o percibido. Además, el comportamiento agresivo ocurre más de una vez o tiene el potencial de repetirse. Existen diferentes tipos de bullying. Se detallan en la siguiente tabla.

Tabla15.9.1: Tipos de Bullying

Tipo de Bullying	Descripción
Bullying verbal	Incluye decir o escribir cosas malas, burlas, insultar, burlas, amenazar o hacer comentarios sexuales inapropiados.
Acoso social (también conocido como bullying relacional)	Incluye difundir rumores, excluir intencionadamente a alguien de un grupo o avergonzar a alguien a propósito.
Bullying Físico	Incluye lastimar el cuerpo o las posesiones de una persona.
Ciberacoso	Implica tecnología electrónica. Ejemplos de ciberacoso incluyen el envío de mensajes de texto o correos electrónicos malos, la creación de perfiles falsos y la publicación de fotos, videos o rumores vergonzosos en sitios de redes sociales.



Figura15.9.1: Ciberbullying. (Imagen de Vivianlee2005 está licenciada bajo CC BY-SA 3.0)

El efecto espectador

La discusión sobre el acoso escolar destaca el problema de que los testigos no intervienen para ayudar a una víctima. Los investigadores Latané y Darley (1968) describieron un fenómeno llamado el **efecto espectador**. El efecto espectador es un fenómeno en el que un testigo o transeúnte no se ofrece como voluntario para ayudar a una víctima o persona en peligro. En cambio, solo miran lo que está sucediendo. Los psicólogos sociales sostienen que tomamos estas decisiones a partir de la situación social, no de nuestras propias variables de personalidad. ¿Por qué crees que los transeúntes no reciben ayuda? ¿Cuáles son los beneficios de ayudar? ¿Cuáles son los riesgos? Es muy probable que hayas enumerado más costos que beneficios para ayudar. En muchas situaciones, los transeúntes probablemente temían por sus propias vidas —si iban a ayudar, el atacante podría hacerles daño. No obstante, ¿qué tan difícil sería hacer una llamada telefónica a la policía? Los psicólogos sociales afirman que la difusión de la responsabilidad es la explicación probable. La difusión de la responsabilidad es la tendencia de nadie en un grupo a ayudar porque la responsabilidad de ayudar se extiende por todo el grupo (Bandura, 1999). ¿Alguna vez ha pasado un accidente en la autopista y asumió que una víctima o ciertamente otro automovilista ya reportó el accidente? En general, cuanto mayor sea el número de transeúntes, menor será la probabilidad de que una sola persona ayude. 67

Colaboradores y Atribuciones

67. Psicología — 12.6 Agresión de OpenStax está licenciado bajo CC BY 4.0

This page titled 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons).

15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

Comportamientos antisociales

Según la Academia Americana de Psiquiatría (2018),

La mayoría de los niños se comportan bien o se vuelven disruptivos o desafiantes a veces. Los trastornos disruptivos y de conducta, sin embargo, involucran comportamientos mucho más severos y de mayor duración que los episodios típicos de corta duración. Los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta se refieren a un grupo de trastornos que incluyen el trastorno desafiante de oposición, el trastorno de conducta, el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía y la pirumania. Estos trastornos pueden hacer que las personas se comporten enojada o agresivamente hacia las personas o la propiedad. Pueden tener dificultades para controlar sus emociones y su comportamiento y pueden romper reglas o leyes. Se estima que el 6 por ciento de los niños se ven afectados por un trastorno desafiante oposicional o trastorno de conducta. 68

Trastorno Oposicional Desafiante (ODD): Existe un patrón recurrente de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad. Es importante recordar que esto es hacia las figuras de autoridad y no de sus pares. Esto ocurre fuera de los niveles normales de desarrollo y conduce a un deterioro en el funcionamiento (Lack, 2010). 69

Trastorno de Conducta (CD): Niños con Trastorno de Conducta (CD) muestran actos de agresión hacia otros y animales. Los niños con trastorno de conducta (CD) suelen mostrar poca o ninguna compasión o preocupación por los demás o sus sentimientos. También, la preocupación por el bienestar de los demás está en un mínimo. Los niños también perciben las acciones e intenciones de los demás como más dañinas y amenazantes de lo que realmente son y responden con lo que sienten que es una agresión razonable y justificada. Pueden carecer de sentimientos de culpa o remordimiento. Dado que estos individuos aprenden que expresar culpabilidad o remordimiento puede ayudar a evitar o disminuir el castigo, puede ser difícil evaluar cuando su culpa o remordimiento es genuino. Los individuos también intentarán culpar a otros por las malas acciones que habían cometido.



Figura15.10.1: Los niños con trastornos de conducta muestran actos de agresión hacia otros y animales. (Imagen de AnnaKovalChuck en Pixabay)

Los niños con **trastornos de conducta** (EC) tienden a tener niveles más bajos de autoestima. Los niños diagnosticados con trastornos de conducta (EC) suelen caracterizarse por ser fácilmente irritables y a menudo imprudentes, además de tener muchas rabietas a pesar de su proyectada imagen “dura” retratada ante la sociedad. El trastorno de conducta (EC) a menudo acompaña el inicio temprano de la conducta sexual, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el consumo de drogas ilegales y los actos imprudentes. El consumo ilegal de drogas puede aumentar el riesgo de que el trastorno persista. El trastorno puede llevar a suspensión o expulsión escolar, problemas en el trabajo, dificultades legales, ETS, embarazo no planificado y lesiones por peleas o accidentes. La ideación y los intentos suicidas ocurren a un ritmo mayor de lo esperado. 71

Colaboradores y Atribuciones

68. ¿Qué son los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta? (n.d.). Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders/what-are-disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders>.

69. [Psicología anormal](#) — [La psicología infantil](#) hace referencia a [la psicología anormal: ¡Un texto electrónico!](#) por Caleb Lack, que está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)
71. [Psicología anormal](#) — [La psicología infantil](#) hace referencia a [la psicología anormal: ¡Un texto electrónico!](#) por Caleb Lack, que está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 4.0](#)

This page titled [15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.11: Violencia y abuso

La violencia y el abuso se encuentran entre los retos más desconcertantes a los que se enfrentan las familias de hoy. El abuso puede ocurrir entre cónyuges, entre padres e hijos, así como entre otros miembros de la familia. La frecuencia de violencia entre las familias es difícil de determinar porque muchos casos de maltrato conyugal y maltrato infantil no se denuncian. En todo caso, los estudios han demostrado que el abuso (denunciado o no) tiene un impacto importante en las familias y en la sociedad en su conjunto. 72

Maltrato infantil adolescente

Los niños y adolescentes se encuentran entre las víctimas más indefensas de abuso. En 2010, hubo más de 3.3 millones de denuncias de maltrato infantil que involucraron a aproximadamente 5.9 millones de niños (Child Help 2011). Tres quintas partes de los informes de abuso infantil son hechos por profesionales, incluidos maestros, personal de aplicación de la ley y personal de servicios sociales. El resto lo hacen fuentes anónimas, otros familiares, padres de familia, amigos y vecinos. El maltrato infantil puede presentarse en varias formas, la más común es el abandono (78.3%), seguido del abuso físico (10.8%), abuso sexual (7.6%), maltrato psicológico (7.6%) y negligencia médica (2.4%) (Child Help 2011). Algunos niños sufren de una combinación de estas formas de abuso. La mayoría (81.2%) de los autores son padres de familia; 6.2 por ciento son otros familiares. 73



Figura15.11.1: Los niños y adolescentes se encuentran entre las víctimas más indefensas de abuso. (La imagen de [Bruce Tuten](#) está licenciada bajo [CC BY 2.0](#))

¿Constituye el castigo corporal abuso infantil?

El abuso físico en niños puede venir en forma de palizas, patadas, tiradas, asfixia, golpes con objetos, quemaduras u otros métodos. La lesión infligida por dicha conducta se considera abuso aunque el padre o cuidador no pretendiera dañar al niño. Otros tipos de contacto físico que se caracterizan como disciplina (nalgadas, por ejemplo) no se consideran abuso siempre y cuando no haya resultados de lesiones (Child Welfare Information Gateway 2008).

Este tema es bastante polémico entre la gente moderna en Estados Unidos. Si bien algunos padres sienten que la disciplina física, o el castigo corporal, es una forma efectiva de responder al mal comportamiento, otros sienten que es una forma de abuso. Según una encuesta realizada por ABC News, el 65 por ciento de los encuestados aprueba las nalgadas y el 50 por ciento dijo que a veces azota a su hijo. Pero en Estados Unidos, la mayoría de los profesionales de la salud mental, así como otros profesionales como médicos y personal de bienestar infantil, no apoyan el uso del castigo físico.

La tendencia al castigo físico puede verse afectada por la cultura y la educación. Los que viven en el Sur tienen más probabilidades que los que viven en otras regiones de azotar a su hijo. Quienes no tienen educación universitaria también tienen más probabilidades de azotar a su hijo (Crandall 2011). Actualmente, 23 estados permiten oficialmente las nalgadas en el sistema escolar; sin embargo, muchos padres de familia pueden objetar y los funcionarios escolares deben seguir un conjunto de pautas claras al administrar este tipo de castigos (Crandall 2011).

Décadas de investigación han arrojado más de 500 estudios que examinan el impacto del castigo físico en los niños (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016). En los últimos 15 años, varios metaanálisis han intentado sintetizar este cuerpo de investigación. En un metaanálisis altamente publicitado, Gershoff (2002) concluyó que el castigo físico no sólo es ineficaz, sino también dañino. Puede llevar a la agresión de la víctima, particularmente en aquellos que son azotados a una edad temprana (Berlín 2009).

Los debates sobre el uso parental del castigo físico han estado en curso en Estados Unidos desde hace décadas. Los llamados a “ir más allá” de la investigación, o a “poner fin al debate”, se han vuelto comunes (por ejemplo, Durrant & Ensom, 2017;

MacMillan & Mikton, 2017). Tres preguntas, al parecer, se sientan en el centro de estos debates. ¿El castigo físico de los niños es un tema de derechos humanos? ¿Es efectivo el castigo físico? ¿Es dañino el castigo físico? 75

Colaboradores y Atribuciones

72. [Desarrollo de Vida útil — Módulo 7: Adolescencia](#) por Lumen Learning está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

73. [Introducción a la Sociología 2e](#) por [OpenStax](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

75. [Desafíos que enfrentan las familias](#) de [OpenStax](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

Castigo físico a niños por parte de padres estadounidenses: ir más allá del debate para promover la salud y el bienestar de los niños por Cindy Miller Perrin y Robin Perrin está licenciado bajo [CC BY 4.0](#)

This page titled [15.11: Violencia y abuso](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta

La siguiente etapa de desarrollo es la **edad adulta emergente** y se caracteriza como un tiempo intermedio donde la exploración de la identidad se centra en el trabajo y el amor, que ocurre desde aproximadamente los 18 años de edad hasta mediados y finales de los 20.

¿Cuándo una persona se convierte en adulta? Hay muchas maneras de responder a esta pregunta. En Estados Unidos, se te considera legalmente un adulto a los 18 años, pero otras definiciones de la edad adulta varían ampliamente; en sociología, por ejemplo, una persona puede ser considerada adulta cuando se vuelve autosuficiente, elige una carrera, se casa o forma una familia. Las edades a las que alcanzamos estos hitos varían de persona a persona, así como de cultura en cultura. Por ejemplo, hace 50 años, un adulto joven con un diploma de secundaria podría ingresar de inmediato a la fuerza laboral y subir la escalera corporativa. Ese ya no es el caso, se requieren cada vez más títulos de licenciatura e incluso de posgrado, incluso para trabajos de nivel de entrada (Arnett, 2000). Además, muchos estudiantes están tardando más (cinco o seis años) en completar un título universitario como resultado de trabajar e ir a la escuela al mismo tiempo. Después de graduarse, muchos adultos jóvenes regresan a la casa familiar porque tienen dificultades para encontrar trabajo.



Figura15.12.1: Adultez emergente. (Imagen por Ciudad Año está licenciada bajo [CC BY-NC-ND 2.0](#))

Este es un período relativamente nuevo definido de desarrollo de la vida útil, Jeffrey Arnett (2000) explica que la adultez emergente no es ni adolescencia ni es adultez joven. Los individuos en este periodo de edad han dejado atrás la dependencia relativa de la infancia y adolescencia, pero aún no han asumido las responsabilidades de la edad adulta. “La adultez emergente es una época de la vida en la que muchas direcciones diferentes siguen siendo posibles cuando poco sobre el futuro se decide con certeza cuando el alcance de la exploración independiente de las posibilidades de la vida es mayor para la mayoría de las personas de lo que será en cualquier otro período del curso de la vida” (Arnett, 2000, p. 469). 77

Colaboradores y Atribuciones

77. Psicología — 9.3: Etapas de desarrollo por [OpenStax](#) está licenciado bajo [CC BY 4.0](#); [Desarrollo de la vida útil: una perspectiva psicológica](#) de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado bajo [CC BY-NC-SA 3.0](#)

This page titled [15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) (College of the Canyons) .

15.S: Resumen

En este capítulo terminamos nuestra exploración de la infancia y adolescencia habiendo mirado:

- Teorías de Erikson y Marcia
 - Autoconcepto e identidad
 - Identidad de género
 - Identidad étnica
 - Sexualidad
 - Relaciones entre padres y adolescentes
 - Pares y grupos de pares
 - Comportamientos antisociales
 - La edad adulta emergente
-

This page titled [15.S: Resumen](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson](#) ([College of the Canyons](#)) .

CHAPTER OVERVIEW

16: Materiales auxiliares

[16.1: Presentaciones Powerpoint](#)

[16.2: Videos](#)

[16: Materiales auxiliares](#) is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.1: Presentaciones Powerpoint

Template:HideTOC

Attachments

File	Description	Last Modified
Childbirth Mini-Lecture.pptx		febrero 11, 2023
Cognitive Development in Infancy and Toddlerhood.pptx		febrero 11, 2023
Concrete Operational Thought.pptx		febrero 11, 2023
Early Childhood Education.pptx		febrero 11, 2023
Heredity.pptx		febrero 11, 2023
Language Development in Early Childhood.pptx		febrero 11, 2023
Language Development in Middle Childhood.pptx		febrero 11, 2023
Newborn Mini-Lecture.pptx		febrero 11, 2023
Personality.pptx		febrero 11, 2023
Physical Development in Early Childhood.pptx		febrero 11, 2023
Physical Development in Infancy _ Toddlerhood.pptx		febrero 11, 2023
Physical Development in Middle Childhood.pptx		febrero 11, 2023
Piaget_s Preoperational Stage.pptx		febrero 11, 2023
Prenatal Development.pptx		febrero 11, 2023
Principles of Development.pptx		febrero 11, 2023
Understanding the Self in Early Childhood.pptx		febrero 11, 2023

16.1: Presentaciones Powerpoint is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.2: Videos

Mini-Conferencia Videos para el Crecimiento y Desarrollo Infantil Libro de texto REA

Estos videos subtitulados fueron creados por Jennifer Paris y están bajo una licencia [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Esta lista de videos continuará expandiéndose a medida que se creen nuevos videos.

Preguntas: Envíeme un correo electrónico a jennifer.paris@canyons.edu

Capítulo 1:

Periodos de Desarrollo (1:50): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/126899?key=bea14ea9cfaef0cc9732ed5545cd28695bd97dc7>

Código Incrustar: `<iframe title="Periodos de Desarrollo mini-conferencia" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...cd28695bd97dc7" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Temas en Desarrollo Infantil (0:43): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/126838?key=e3ab6966fb0b4bcfad41253f78c43240a94a80b6>

Código incrustar: `<iframe title="Problemas en el desarrollo infantil mini-conferencia" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...c43240a94a80b6" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Principios de Desarrollo (3:11): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/126900?key=db61c0c07e3eec764087a2dc6cbc02fb8cf46e85>

Código incrustar: `<iframe title="Principios de Desarrollo mini-conferencia" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...bc02fb8cf46e85" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 2:

Herencia (12:40): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/128420?key=b27e280dede3f9482d46e11fe28a92cf10af7b2b>

Código incrustar: `<iframe title="ECE 101 Heredity Mini-Lecture" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...8a92cf10af7b2b" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Desarrollo Prenatal (23:12)

<https://www.3cm mediasolutions.org/privid/128419?key=bc16f1ccd28810ab71a6d1123bcedcd36d7935ed>

Código incrustar: `<iframe title="Mini-conferencia de desarrollo prenatal ECE 101" src="https://www.3cm mediasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 3:

Parto (7:46): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/128852?key=45714191b38806314291ba7149953b2d8ee1a8a1>

Código incrustar: `<iframe title="Parto Mini-Lecture" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...953b2d8ee1a8a1" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

El Recién Nacido (6:30): <https://www.3cm mediasolutions.org/privid/128853?key=1484b10d86c9e91560ddb7a05423a950a442cfc7>

Código incrustar: `<iframe title="La mini-conferencia recién nacida" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...23a950a442cfc7" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 4:

Desarrollo físico durante la infancia y la infancia (8:48): <https://www.3cmediasolutions.org/privid/129472?key=9a47e416c29948b3cf64431c17dbd160c4f6126a>

Código Embed: `<iframe title="Desarrollo físico durante la infancia y la infancia Mini-conferencia" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...dbd160c4f6126a" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Nutrición en la Infancia y la Infancia (8:25): <https://www.3cmediasolutions.org/privid/129473?key=5252264eaec2c923018134e9f7e8a1ff099ed6d7>

Código Embed: `<iframe title="Mini-Lecture Nutrition in Infancy and Toddlerhood" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...e8a1ff099ed6d7" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Seguridad en la Infancia

y la infancia (5:46): <https://www.3cmediasolutions.org/privid/129475?key=8faa280d935d12433a664e0064c897f0beea0816>

Código incrustar: `<iframe title="Mini-conferencia de seguridad en la infancia y la infancia" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...c897f0beea0816" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Salud en la Infancia y la Infancia (8:06)

<https://www.3cmediasolutions.org/privid/129474?key=48ec88e28bfd03af179bbf68f68f1f5b4c37cb51>

Incrustar código: `<iframe title="Salud en la Infancia y la Infancia Mini-Lecture" src="https://www.3cmediasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 5:

Teorías del aprendizaje y la memoria (8:57): <https://www.3cmediasolutions.org/privid/129784?key=209522ed332365bc37297dee2fe984d27b90a9a8>

Código Embed: `<iframe title="Teorías del Aprendizaje y la Memoria Mini-Lecture" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...e984d27b90a9a8" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Desarrollo del Lenguaje en la Infancia y la Infancia (8:17): <https://www.3cmediasolutions.org/privid/129783?key=8edb041a68efa70e170829a4836e72d54104d7f4>

Código Embed: `<iframe title="Desarrollo del lenguaje en la infancia y la infancia" src="https://vod.ccotechconnect.org/veo/1...6e72d54104d7f4" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Desarrollo Cognitivo en la Infancia y la Infancia (8:16)

<https://www.3cmediasolutions.org/privid/129782?key=b251d7cdfd7d5ccc0eae3a86cc67e6b9ceaedb4f>

Embed code: `<iframe title="Desarrollo cognitivo en la infancia y la infancia" src="https://www.3cmediasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 6:

Personalidad (4:07): <https://www.3cmédiasolutions.org/privid/151034?key=1ca46f4aacdab4b18e3ed8c1684f29b4382fc157>

Código incrustar: `<iframe title="Personality Mini-Lecture" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...4f29b4382fc157" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 7:

Desarrollo físico en la primera infancia (9:27): <https://www.3cmédiasolutions.org/privid/151132?key=fc9905dce18f0527a4d920f0e76e4190f6a5646d>

Código incrustar: `<iframe title="Desarrollo físico en la primera infancia" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...6e4190f6a5646d" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 8:

Inteligencia Preoperativa de Piaget (6:52)

<https://www.3cmédiasolutions.org/privid/268546?key=f341281a96a25c0d2f273aeab605b88f179433b0>

Código Embed: `<iframe title="Inteligencia Preoperativa de Piaget" src="https://www.3cmédiasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Desarrollo del Lenguaje en la Primera Infancia (5:38)

<https://www.3cmédiasolutions.org/privid/268547?key=4718f5bfed62f6ed9607d8f20f2c250f153dba08>

Código incrustar: `<iframe title="Desarrollo del lenguaje en la primera infancia" src="https://www.3cmédiasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Educación Infantil (11:06): <https://www.3cmédiasolutions.org/privid/153037?key=5b1e32bdda8782b2fdd794f9dcf6aea03bc395b9>

Código incrustar: `<iframe title="Educación infantil temprana" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/1...f6aea03bc395b9" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 9:

Comprender el yo en la primera infancia (7:27)

<https://www.3cmédiasolutions.org/privid/268548?key=d651d4fe1c360d25d06482204cb684c921cc69dd>

Código incrustar: `<iframe title="Comprender el yo en la primera infancia" src="https://www.3cmédiasolutions.org/pri...640&height=360" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 10:

Desarrollo físico en la infancia media (11:04)

<https://www.3cmédiasolutions.org/privid/276088?key=e8f0f94031c2a35ebb37c6f9e0f9d140f3abf9ae>

Incrustar código: `<iframe title="Desarrollo físico en la infancia media" src="https://vod.ccctechconnect.org/veo/2...f9d140f3abf9ae" width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>`

Capítulo 11:

Pensamiento Operativo Concreto (4:26)

<https://www.3cm mediasolutions.org/privid/276089?key=effacd266498d30fc876c5cc5fda05b28892141d>

Código incrustar: <iframe title="Pensamiento Operativo Concreto" src=" <https://vod.ccctechconnect.org/veo/2...da05b28892141d>
"width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen frameborder="0"></iframe>

Desarrollo del Lenguaje en la Infancia Media (6:06)

<https://www.3cm mediasolutions.org/privid/276090?key=4ce3569e19f00cb83a645f830d256c9932c433fb>

Código incrustar: <iframe title="Desarrollo del lenguaje en la infancia media" src=" <https://vod.ccctechconnect.org/veo/2...256c9932c433fb>
"width="640" height="360" scrolling="no" allowfullscreen
frameborder="0"></iframe>

Capítulo 12 y sobre:

No hay videos en este momento.

This page titled [16.2: Videos](#) is shared under a [CC BY](#) license and was authored, remixed, and/or curated by [Jennifer Paris](#).

CHAPTER OVERVIEW

18: Volver Materia

[17.1: Índice](#)

[17.2: Glosario](#)

[17.3: Licencia Detallada](#)

18: Volver Materia is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.1: Índice

A

Abraham Maslow
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

accommodation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

adolescence
14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

adolescent growth spurt
13.1: Crecimiento Físico

Albert Bandura
1.5: Teorías del desarrollo

Anaphylaxis
10.3: Necesidades Nutricionales

animism
8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

anorexia nervosa
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

Antisocial Behavior
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

anxiety
10.6: Salud Mental Infantil

Apgar assessment
3.3: El recién nacido

Aphasia
11.12: Dificultades de aprendizaje

assimilation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

attachment
6.5: Formar accesorios

automatic processing
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

autonomy
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

B

Babinski reflex
3.3: El recién nacido

Bicultural identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura

bilingualism
11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés

bisexuality
15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

Bradley Method
3.1: Preparación para el Parto

breastfeeding
4.7: Nutrición

bulimia nervosa
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

bullying
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

bystander effect
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

C

Cesarean
3.2: Parto

Childhood obesity
7.9: La salud en la primera infancia

circumcised
4.6: Capacidades sensoriales

cisgender
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

classical conditioning
1.5: Teorías del desarrollo

cognitive empathy
14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia

Colic
4.8: Salud

Colostrum
4.7: Nutrición

Conception
2.2: Desarrollo Prenatal

Conditioned response
5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

conduct disorders
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

conscription
14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

Corporal Punishment
15.11: Violencia y abuso

Corpus Callosum
7.4: Maduración cerebral

culture
6.2: Personalidad

D

dating
15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

depressant
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

depression
10.6: Salud Mental Infantil

Deviant peer contagion
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

divided attention
8.3: Procesamiento de la información

dopamine
13.2: Crecimiento cerebral
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

Down Syndrome
2.1: Herencia

Dyscalculia
11.12: Dificultades de aprendizaje

dysgraphia
11.12: Dificultades de aprendizaje

dyslexia
11.12: Dificultades de aprendizaje

E

effortful processing
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

Ego
1.5: Teorías del desarrollo

egocentric speech
8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

egocentrism

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget
14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Emerging adulthood
15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta

encoding
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

epidural anesthesia
3.2: Parto

epigenetic framework
2.1: Herencia

Episodic memory
5.6: Memoria y Atención

Erik Erikson
1.5: Teorías del desarrollo
15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

Ethnic Identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura

explicit memory
5.6: Memoria y Atención

F

Failure to thrive
4.7: Nutrición

false belief
8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños

fidelity
15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

fine motor skills
4.5: Habilidades motoras finas

G

Gender
6.2: Personalidad
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

Gender identity
12.4: Identidad de Género
15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?

Gender stereotypes
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

germinal period
2.2: Desarrollo Prenatal

gross motor skills
4.4: Habilidades motoras gruesas

H

Hallucinogens
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

Head Start program
6.6: Cuidado de niños

Health
10.5: Salud Física

Heredity
2.1: Herencia

hippocampus
10.1: Desarrollo cerebral

homophily
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

homosexuality

15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

I

id

1.5: Teorías del desarrollo

Identity vs. Role Confusion

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

imaginary audience

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Immunization

4.8: Salud

Implicit memory

5.6: Memoria y Atención

Induction of labor

3.2: Parto

Intersex

15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

Ivan Pavlov

1.5: Teorías del desarrollo
5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

J

James Marcia

15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad

Jean Piaget

5.1: Piaget
14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

K

kwashiorkor

4.7: Nutrición

L

Labor (Childbirth)

3.2: Parto

Lamaze Method

3.1: Preparación para el Parto

language acquisition device

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

learning disorder

11.12: Dificultades de aprendizaje

Leboyer Method

3.1: Preparación para el Parto

Lotus Birth

3.1: Preparación para el Parto

M

marasmus

4.7: Nutrición

Medicated Childbirth

3.1: Preparación para el Parto

memory

5.6: Memoria y Atención

multiracial

15.6: Comunidad, sociedad y cultura

multitasking

8.3: Procesamiento de la información

Myelin

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

myopia

10.5: Salud Física

N

nativism

5.4: Desarrollo del lenguaje

natural childbirth

3.2: Parto

Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)

3.3: El recién nacido

Newborn

3.3: El recién nacido

O

Obsessive Compulsive Disorder

10.6: Salud Mental Infantil

operant conditioning

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

operant conditioning theory

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

Oppositional Defiant Disorder

15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

oxytocin

13.2: Crecimiento cerebral

P

palmar grasp

4.3: Reflejos

personality

6.2: Personalidad

Phobias

10.6: Salud Mental Infantil

phonics

11.11: Aprender a leer

physical education

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

pincer grip

4.5: Habilidades motoras finas

political identity

15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?

polysexuality

15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

prefrontal cortex

7.4: Maduración cerebral

13.2: Crecimiento cerebral

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

preoperational stage

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

Pretend Play

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

preterm baby

3.3: El recién nacido

private speech

8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

proximal development (ZPD)

8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

psychological constructivist

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

psychological moratorium

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

psychosocial development

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

R

recess

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

Recessive Disorders

2.1: Herencia

reflexes

4.3: Reflejos

resiliency

6.5: Formar accesorios

Retrieval

14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

S

scaffolding

1.5: Teorías del desarrollo

secure base

6.5: Formar accesorios

Selective Attention

8.3: Procesamiento de la información

Semantic memory

5.6: Memoria y Atención

Sensory memory

8.3: Procesamiento de la información

14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

separation anxiety

6.3: Emociones infantiles

Shaken Baby Syndrome

4.8: Salud

Shaping

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

Sigmund Freud

1.5: Teorías del desarrollo

Silent Birth

3.1: Preparación para el Parto

sleep

13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

social construct

15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

social identity

15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad

social learning theory

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

sports

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

status dropout rate

14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

stranger wariness

6.3: Emociones infantiles

Stuttering

11.12: Dificultades de aprendizaje

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

4.9: Dormir

superego

1.5: Teorías del desarrollo

survival orientation

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Synaptic Blooming

4.2: Proporciones del Cuerpo

synaptic pruning

13.2: Crecimiento cerebral

Synaptogenesis

[4.2: Proporciones del Cuerpo](#)

T

temperament

[6.1: Temperamento](#)

teratogens

[2.2: Desarrollo Prenatal](#)

The Strange Situation

[6.5: Formar accesorios](#)

theory

[1.5: Teorías del desarrollo](#)

Theory of mind

[8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños](#)

Thyroid Stimulating Hormone

[4.1: Cambios físicos rápidos](#)

Transgender

[15.4: Desarrollo de la Identidad de Género](#)

Trisomy 21

[2.1: Herencia](#)

V

Vaccination

[4.8: Salud](#)

vernix

[3.3: El recién nacido](#)

Violence

[15.11: Violencia y abuso](#)

vision

[4.6: Capacidades sensoriales](#)

Vocational Identity

[15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?](#)

Vygotsky

[5.2: Vygotski](#)

W

Waterbirth

[3.1: Preparación para el Parto](#)

Wisdom

[14.6: Sabiduría y asunción de riesgos](#)

working memory

[8.3: Procesamiento de la información](#)

Z

zone of proximal development (ZPD)

[11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje](#)

Zygote

[2.2: Desarrollo Prenatal](#)

[17.1: Índice](#) is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.2: Glosario

Sample Word 1 | Sample Definition 1

17.2: Glosario is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.3: Licencia Detallada

Loading...

17.3: Licencia Detallada is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.1: Índice

A

Abraham Maslow
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

accommodation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

adolescence
14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

adolescent growth spurt
13.1: Crecimiento Físico

Albert Bandura
1.5: Teorías del desarrollo

Anaphylaxis
10.3: Necesidades Nutricionales

animism
8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

anorexia nervosa
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

Antisocial Behavior
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

anxiety
10.6: Salud Mental Infantil

Apgar assessment
3.3: El recién nacido

Aphasia
11.12: Dificultades de aprendizaje

assimilation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

attachment
6.5: Formar accesorios

automatic processing
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

autonomy
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

B

Babinski reflex
3.3: El recién nacido

Bicultural identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura

bilingualism
11.9: Bilingüismo, también conocido como Aprendices de Lenguaje Dual o Aprendices del Idioma Inglés

bisexuality
15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

Bradley Method
3.1: Preparación para el Parto

breastfeeding
4.7: Nutrición

bulimia nervosa
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

bullying
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

bystander effect
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

C

Cesarean
3.2: Parto

Childhood obesity
7.9: La salud en la primera infancia

circumcised
4.6: Capacidades sensoriales

cisgender
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

classical conditioning
1.5: Teorías del desarrollo

cognitive empathy
14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia

Colic
4.8: Salud

Colostrum
4.7: Nutrición

Conception
2.2: Desarrollo Prenatal

Conditioned response
5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

conduct disorders
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

conscription
14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

Corporal Punishment
15.11: Violencia y abuso

Corpus Callosum
7.4: Maduración cerebral

culture
6.2: Personalidad

D

dating
15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

depressant
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

depression
10.6: Salud Mental Infantil

Deviant peer contagion
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

divided attention
8.3: Procesamiento de la información

dopamine
13.2: Crecimiento cerebral
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

Down Syndrome
2.1: Herencia

Dyscalculia
11.12: Dificultades de aprendizaje

dysgraphia
11.12: Dificultades de aprendizaje

dyslexia
11.12: Dificultades de aprendizaje

E

effortful processing
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

Ego
1.5: Teorías del desarrollo

egocentric speech
8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

egocentrism

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget
14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Emerging adulthood
15.12: La adultez emergente - El puente entre la adolescencia y la edad adulta

encoding
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

epidural anesthesia
3.2: Parto

epigenetic framework
2.1: Herencia

Episodic memory
5.6: Memoria y Atención

Erik Erikson
1.5: Teorías del desarrollo
15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

Ethnic Identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura

explicit memory
5.6: Memoria y Atención

F

Failure to thrive
4.7: Nutrición

false belief
8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños

fidelity
15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

fine motor skills
4.5: Habilidades motoras finas

G

Gender
6.2: Personalidad
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

Gender identity
12.4: Identidad de Género
15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?

Gender stereotypes
15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

germinal period
2.2: Desarrollo Prenatal

gross motor skills
4.4: Habilidades motoras gruesas

H

Hallucinogens
13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

Head Start program
6.6: Cuidado de niños

Health
10.5: Salud Física

Heredity
2.1: Herencia

hippocampus
10.1: Desarrollo cerebral

homophily
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

homosexuality

15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

I

id

1.5: Teorías del desarrollo

Identity vs. Role Confusion

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

imaginary audience

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Immunization

4.8: Salud

Implicit memory

5.6: Memoria y Atención

Induction of labor

3.2: Parto

Intersex

15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

Ivan Pavlov

1.5: Teorías del desarrollo
5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

J

James Marcia

15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad

Jean Piaget

5.1: Piaget
14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

K

kwashiorkor

4.7: Nutrición

L

Labor (Childbirth)

3.2: Parto

Lamaze Method

3.1: Preparación para el Parto

language acquisition device

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

learning disorder

11.12: Dificultades de aprendizaje

Leboyer Method

3.1: Preparación para el Parto

Lotus Birth

3.1: Preparación para el Parto

M

marasmus

4.7: Nutrición

Medicated Childbirth

3.1: Preparación para el Parto

memory

5.6: Memoria y Atención

multiracial

15.6: Comunidad, sociedad y cultura

multitasking

8.3: Procesamiento de la información

Myelin

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

myopia

10.5: Salud Física

N

nativism

5.4: Desarrollo del lenguaje

natural childbirth

3.2: Parto

Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)

3.3: El recién nacido

Newborn

3.3: El recién nacido

O

Obsessive Compulsive Disorder

10.6: Salud Mental Infantil

operant conditioning

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

operant conditioning theory

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

Oppositional Defiant Disorder

15.10: Comportamientos antisociales, violencia y maltrato infantil

oxytocin

13.2: Crecimiento cerebral

P

palmar grasp

4.3: Reflejos

personality

6.2: Personalidad

Phobias

10.6: Salud Mental Infantil

phonics

11.11: Aprender a leer

physical education

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

pincer grip

4.5: Habilidades motoras finas

political identity

15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?

polysexuality

15.8: Desarrollo de la Identidad Sexual

prefrontal cortex

7.4: Maduración cerebral

13.2: Crecimiento cerebral

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

preoperational stage

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

Pretend Play

8.1: Inteligencia Preoperativa de Piaget

preterm baby

3.3: El recién nacido

private speech

8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

proximal development (ZPD)

8.2: Teoría Sociocultural del Desarrollo Cognitivo de Vygotsky

psychological constructivist

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

psychological moratorium

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

psychosocial development

15.1: Erik Erikson — Teoría del Desarrollo Psicosocial

R

recess

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

Recessive Disorders

2.1: Herencia

reflexes

4.3: Reflejos

resiliency

6.5: Formar accesorios

Retrieval

14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

S

scaffolding

1.5: Teorías del desarrollo

secure base

6.5: Formar accesorios

Selective Attention

8.3: Procesamiento de la información

Semantic memory

5.6: Memoria y Atención

Sensory memory

8.3: Procesamiento de la información
14.4: Teoría del Procesamiento de Información- Memoria, Codificación y Almacenamiento

separation anxiety

6.3: Emociones infantiles

Shaken Baby Syndrome

4.8: Salud

Shaping

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

Sigmund Freud

1.5: Teorías del desarrollo

Silent Birth

3.1: Preparación para el Parto

sleep

13.4: Salud del adolescente- sueño, dieta y ejercicio

social construct

15.4: Desarrollo de la Identidad de Género

social identity

15.2: James Marcia — Teoría del Desarrollo de la Identidad

social learning theory

5.5: Teorías del Desarrollo Cognitivo, Aprendizaje y Memoria

sports

10.4: Ejercicio, Aptitud Física y Deportes

status dropout rate

14.5: Adolescencia (Un Tiempo de Transiciones)

stranger wariness

6.3: Emociones infantiles

Stuttering

11.12: Dificultades de aprendizaje

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

4.9: Dormir

superego

1.5: Teorías del desarrollo

survival orientation

14.3: Teóricos cognitivos- Piaget, Elkind, Kohlberg y Gilligan

Synaptic Blooming

4.2: Proporciones del Cuerpo

synaptic pruning

13.2: Crecimiento cerebral

Synaptogenesis

[4.2: Proporciones del Cuerpo](#)

T

temperament

[6.1: Temperamento](#)

teratogens

[2.2: Desarrollo Prenatal](#)

The Strange Situation

[6.5: Formar accesorios](#)

theory

[1.5: Teorías del desarrollo](#)

Theory of mind

[8.4: La comprensión del mundo por parte de los niños](#)

Thyroid Stimulating Hormone

[4.1: Cambios físicos rápidos](#)

Transgender

[15.4: Desarrollo de la Identidad de Género](#)

Trisomy 21

[2.1: Herencia](#)

V

Vaccination

[4.8: Salud](#)

vernix

[3.3: El recién nacido](#)

Violence

[15.11: Violencia y abuso](#)

vision

[4.6: Capacidades sensoriales](#)

Vocational Identity

[15.3: Desarrollo de Identidad y Autoconcepto - ¿Quién soy?](#)

Vygotsky

[5.2: Vygotski](#)

W

Waterbirth

[3.1: Preparación para el Parto](#)

Wisdom

[14.6: Sabiduría y asunción de riesgos](#)

working memory

[8.3: Procesamiento de la información](#)

Z

zone of proximal development (ZPD)

[11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje](#)

Zygote

[2.2: Desarrollo Prenatal](#)

[17.1: Índice](#) is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.2: Glosario

Sample Word 1 | Sample Definition 1

17.2: Glosario is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.3: Licencia Detallada

Loading...

17.3: Licencia Detallada is shared under a [not declared](#) license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.